

Universidade Católica Portuguesa

Do hospital para casa: estrutura da ação de enfermagem.  
Uma teoria de médio alcance

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

Por  
Isabel Carvalho Beato Ferraz Pereira

Instituto de Ciências da Saúde  
Novembro, 2011





Universidade Católica Portuguesa

Do hospital para casa: estrutura da ação de enfermagem.

Uma teoria de médio alcance

Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

Por Isabel Carvalho Beato Ferraz Pereira

Sob a orientação do Professor Doutor Abel Avelino de Paiva e Silva

Instituto de Ciências da Saúde

Novembro, 2011



## AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Abel Paiva, pela orientação, estímulo constante, positividade, compreensão, partilha de saberes e pertinência nas críticas e sugestões, que me permitiram desenvolver um questionamento constante ao longo deste percurso. Expresso ainda a minha gratidão pela preciosa ajuda ao longo de todo o processo.

Ao Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, na pessoa da senhora enfermeira diretora, a possibilidade de realizar o estudo.

A todos os enfermeiros que, ao participarem ao longo de todo o processo, contribuíram para o emergir de uma nova teoria.

Às pessoas dependentes e familiares cuidadores agradeço a vontade e a amabilidade por terem aceitado participar no estudo, cedendo parte do seu tempo, contribuindo para um melhor conhecimento do fenómeno.

À Escola Superior de Enfermagem de Lisboa que me possibilitou o desenvolvimento deste projeto pela dispensa de serviço docente.

Aos colegas do Departamento de Fundamentos de Enfermagem da ESEL, que neste período assumiram maior número de atividades, o meu profundo agradecimento.

Aos colegas Miguel, Ana, Marta, Isa, Gabriela, Odete, pelos diferentes contributos.

À dr.<sup>a</sup> Maria José Dias Rodrigues agradeço a revisão do texto.

À dr.<sup>a</sup> Natércia Maria da Silva Godinho agradeço a revisão da bibliografia.

À dr.<sup>a</sup> Maria do Carmo Carvalho Beato Brites agradeço as sugestões pertinentes e o apoio.

Aos meus PAIS, pela força incondicional e pelo carinho.

Ao António, ao Bruno e à Raquel, que me acompanharam em todos os momentos, pela compreensão e paciência demonstradas. Todos conhecem o *PORQUÊ* de investigar o processo de preparação do regresso a casa (PPRC).



## RESUMO

O envelhecimento da população e o aumento das doenças crónicas potencialmente incapacitantes conduzem a situações de dependência e de vulnerabilidade, não só para as pessoas dependentes no autocuidado, como também para os membros da família prestadores de cuidados (MFPC). A falta de experiência de alguns MFPC, a complexidade dos cuidados e as insuficientes estruturas de apoio exigem dos enfermeiros uma particular atenção.

Este estudo centra-se no processo de preparação do regresso a casa (PPRC) dos MFPC de pessoas dependentes no autocuidado. Tem por finalidade estruturar a ação de enfermagem, visando aumentar o repertório de recursos internos do MFPC, para fazer face aos desafios colocados pela transição para o papel de prestador de cuidados.

Centrado no paradigma construtivista, desenhou-se um percurso de investigação-ação, no qual o investigador interagiu com os participantes (enfermeiros) no sentido de, em conjunto, os ajudar a construir o processo de mudança. O trabalho foi desenvolvido numa unidade de internamento hospitalar do Distrito de Lisboa.

A análise dos modelos em uso permitiu a reflexão na ação e sobre a ação. O processo envolveu mudanças na forma de pensar e agir dos enfermeiros, exigindo a utilização de novas regras que deram corpo a uma nova forma de posicionamento e interação com os MFPC. Propôs-se, assim, uma teoria consubstanciada pela interligação de dois subprocessos, distintos mas complementares: a *Natureza do processo* e o *Processo da ação*. O processo enfatiza a necessidade de o enfermeiro identificar: *a oportunidade de desenvolvimento, a consciencialização da necessidade, a disposição para desenvolver a mestria, que caracteriza a transição saudável; o desejo de participação e a avaliação da capacidade do MFPC para o exercício do papel*. A partir do modelo foi possível documentar as competências de enfermagem promotoras das transições saudáveis, assim como avaliar o impacto da mudança no modelo de exercício profissional centrado nos MFPC.

**Palavras chave:** pessoa dependente; autocuidado; membro da família prestador de cuidados; preparação do regresso a casa.





## ABSTRACT

Aging population and increasing chronic diseases lead to potentially debilitating situations of dependency and vulnerability, not only for self-care dependent person, but also for members of the caregiver family (MFC). The lack of experience of some MFC, the complexity of care and insufficient support structures require, for nurses, a specific attention.

This study focuses the process of preparing the MFC to deliver self-care to the dependent person returning home after the hospital discharge. Its purpose is to structure the nursing actions in order to increase the repertoire of MFPC's internal resources and, thus, meet the challenges posed by the transition to the caregiver role.

Centered in the constructivist paradigm, we drew up a course of action - research where the researcher interacted with the participants (nurses) in the sense that, together they could help building the changing process. The study was conducted in a patient unit of a hospital in Lisbon.

The analysis of models in use allowed us the reflection both in and on action. The process involved changes in nurses thinking and acting, requiring the use of new rules that gave a new way to position themselves and interact with MFPC. We propose a theory substantiated by the interconnection of two sub-processes, distinct but complementary: *Nature of the process* and the *Procedure of the action*. The process emphasizes the need for nurses to identify: *the opportunity for development, awareness of the need, willingness to develop the artistry which characterizes the healthy transition, the desire to participate and evaluate the ability of MFC to exercise the role*. From the model, it is possible to document the nursing abilities which promote healthy transitions as well as evaluate the impact of change in the model of professional practice focused on MFC.

**Key-words:** dependent person, self-care, members of the family caregiver; preparing the returning home.



## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

AV – Atividade de vida

AVD – Atividades de vida diária

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CN – Consciência da necessidade

DC – Demonstração de competência

DDC – Disposição para desenvolver a competência

DGS – Direção-Geral da Saúde

DP – Desejo de participação

E – Entrevista

GT - Grounded Theory

IA – Investigação-ação

IADMFPFC – Instrumento de avaliação das dificuldades do membro da família prestador de cuidados

IMSERSO – Instituto de Mayores y Servicios Sociales

IPPS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

MFPC – Membro da família prestador de cuidados

Nº - Número

OD – Oportunidade de desenvolvimento

OMS – Organização Mundial de Saúde

P - Participação

p. – página

PPRC - Processo de preparação do regresso a casa

R Av. – Reunião avaliação

R. Diag. – Reunião diagnóstica

R. Imp. - Reunião implementação

R. Plan. – Reunião planeamento

SNG – Sonda nasogástrica

SPSS® - Statistical Package for the Social Sciences

UOP – Unidade de Oncologia Pneumológica

VNI – Ventilação não invasiva



## ÍNDICE DIAGRAMAS

<i>Diagrama 1 – Consciência de Ser prestador de cuidados .....</i>	<i>103</i>
<i>Diagrama 2 - Mudanças e diferenças.....</i>	<i>105</i>
<i>Diagrama 3 - Mudanças no cotidiano.....</i>	<i>106</i>
<i>Diagrama 4 - Fatores que dificultam os cuidados.....</i>	<i>108</i>
<i>Diagrama 5 - Experiência dos MFPC durante o internamento .....</i>	<i>112</i>
<i>Diagrama 6 – Adoção de comportamentos tendo em conta o exercício do papel .....</i>	<i>114</i>
<i>Diagrama 7 - Experiência dos MFPC em casa.....</i>	<i>114</i>
<i>Diagrama 8 - Satisfação face à ajuda recebida no serviço .....</i>	<i>116</i>
<i>Diagrama 9 – Perceção dos enfermeiros sobre o contributo para a transição saudável do MFPC .....</i>	<i>119</i>
<i>Diagrama 10 - Experiência do enfermeiro no Hospital.....</i>	<i>125</i>
<i>Diagrama 11 - Modelos em uso.....</i>	<i>126</i>
<i>Diagrama 12 - Fatores que facilitam/dificultam o PPRC.....</i>	<i>127</i>
<i>Diagrama 13 – Dúvidas dos MFPC após a comunicação da alta.....</i>	<i>128</i>
<i>Diagrama 14 – Necessidade de mudanças identificadas nesta fase da investigação-ação ....</i>	<i>133</i>
<i>Diagrama 15 – Criar uma estrutura no âmbito do PPRC .....</i>	<i>141</i>
<i>Diagrama 16 – Promover competências do MFPC .....</i>	<i>144</i>
<i>Diagrama 17 – Estrutura do processo de coordenação .....</i>	<i>151</i>
<i>Diagrama 18 – Processo de implementação.....</i>	<i>156</i>
<i>Diagrama 19 – Estratégias desenvolvidas .....</i>	<i>160</i>
<i>Diagrama 20 – Constrangimentos .....</i>	<i>164</i>
<i>Diagrama 21 – Demonstração de mestria .....</i>	<i>189</i>
<i>Diagrama 22 – Estrutura – Processo – Resultado.....</i>	<i>202</i>
<i>Diagrama 23 – Síntese do modelo de intervenção .....</i>	<i>203</i>
<i>Diagrama 24 – Da vontade expressa à capacidade de Ser capaz .....</i>	<i>222</i>
<i>Diagrama 25 – Modelo de intervenção.....</i>	<i>237</i>
<i>Diagrama 26 – Ação do enfermeiro .....</i>	<i>239</i>
<i>Diagrama 27 – Etapas do PPRC.....</i>	<i>245</i>
<i>Diagrama 28 - Consciência de Ser MFPC.....</i>	<i>257</i>
<i>Diagrama 29 – Ações que suportam as diferentes fases do processo de desenvolvimento das competências para Superar as dificuldades .....</i>	<i>258</i>
<i>Diagrama 30 – Modelo da intervenção de enfermagem promotora das competências MFPC para Superar a dificuldade .....</i>	<i>259</i>
<i>Diagrama 31 – Ações que suportam os padrões de resposta para superar as dificuldades .....</i>	<i>262</i>
<i>Diagrama 32 – Síntese do modelo de intervenção .....</i>	<i>382</i>



## INDICE QUADROS

<i>Quadro 1 - Caracterização dos enfermeiros.....</i>	<i>76</i>
<i>Quadro 2 – 1ª Fase - Identificação do problema.....</i>	<i>77</i>
<i>Quadro 3 – Datas das reuniões para identificar os problemas .....</i>	<i>83</i>
<i>Quadro 4 – 2ª Fase - planeamento da mudança .....</i>	<i>86</i>
<i>Quadro 5 – Datas de reuniões durante a fase de planeamento da mudança.....</i>	<i>87</i>
<i>Quadro 6 – Data de reuniões de início do pré-teste .....</i>	<i>89</i>
<i>Quadro 7 – 3ª Fase - Implementação do plano de preparação do RC .....</i>	<i>90</i>
<i>Quadro 8 – 4ª Fase – avaliação .....</i>	<i>91</i>
<i>Quadro 9 – Promover o autocuidado em casa.....</i>	<i>104</i>
<i>Quadro 10 – Cuidados em que participaram durante o internamento .....</i>	<i>113</i>
<i>Quadro 11 – Expressão de dificuldades .....</i>	<i>115</i>
<i>Quadro 12 - Ações de enfermagem que suportam a oportunidade de desenvolvimento</i>	<i>147</i>
<i>Quadro 13 - Ações de enfermagem que suportam a consciencialização do MFPC sobre as suas necessidades.....</i>	<i>148</i>
<i>Quadro 14 - Ações de enfermagem promotoras da disposição para promover a mestria .....</i>	<i>149</i>
<i>Quadro 15 - Ações de enfermagem promotoras do desejo de participar .....</i>	<i>150</i>
<i>Quadro 16 - Ações de enfermagem que suportam a avaliação.....</i>	<i>150</i>
<i>Quadro 17 – Juízos atribuídos à evolução da dependência nos autocuidados.....</i>	<i>175</i>
<i>Quadro 18 – Síntese das diferenças entre o antes e o depois da mudança.....</i>	<i>225</i>
<i>Quadro 19 – Contributos da mudança .....</i>	<i>228</i>
<i>Quadro 20 – Processos de possibilitar e facilitar a transição.....</i>	<i>260</i>





## INDICE TABELAS

<i>Tabela 1 – Caracterização das pessoas internadas por idade, sexo .....</i>	<i>172</i>
<i>Tabela 2 – Distribuição das pessoas doentes dependentes de um prestador de cuidados por tipo de autocuidado (n=227 casos) .....</i>	<i>173</i>
<i>Tabela 3 – Distribuição da evolução da dependência nos diferentes autocuidados .....</i>	<i>176</i>
<i>Tabela 4 – Caracterização sócio-demográfica dos familiares cuidadores.....</i>	<i>177</i>
<i>Tabela 5 – Distribuição das pessoas dependentes por autocuidado e sua relação com a identificação dos MFPC.....</i>	<i>181</i>
<i>Tabela 6 – Distribuição dos dados relativos ao potencial para desenvolvimento da mestria dos MFPC.....</i>	<i>183</i>
<i>Tabela 7 – Distribuição dos dados relativos aos MFPC identificados com.....</i>	<i>184</i>



## ÍNDICE GRÁFICOS

<i>Gráfico 1 - Distribuição da identificação da oportunidade de desenvolvimento dos.....</i>	<i>191</i>
<i>Gráfico 2 - Distribuição da consciência das oportunidades de desenvolvimento dos MFPC por tipo de autocuidado.....</i>	<i>194</i>
<i>Gráfico 3 - Distribuição da disposição dos MFPC para desenvolver a competência por tipo de autocuidado .....</i>	<i>195</i>
<i>Gráfico 4 - Distribuição do desejo de participar nos cuidados manifestados pelos MFPC por tipo de autocuidado.....</i>	<i>196</i>
<i>Gráfico 5 - Distribuição da demonstração da competência dos MFPC por tipo de .....</i>	<i>197</i>
<i>Gráfico 6 - Distribuição das necessidades das pessoas doentes face às necessidades dos MFPC desenvolverem a mestria.....</i>	<i>199</i>



## ÍNDICE

<b>CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO</b>	27
1.1.1. Cuidados de enfermagem e o domínio do conhecimento específico	32
1.1.2. A pessoa dependente no autocuidado	38
1.1.3. Membro da família prestador de cuidados	40
1.1.4. Preparação do regresso a casa	45
1.2. PROBLEMÁTICA	48
1.3. FINALIDADE	51
1.4. OBJETIVOS	52
1.5. PARADIGMA DE INVESTIGAÇÃO	52
1.6. VISÃO GLOBAL DA TESE	54
1.7. OBRAS CITADAS	57
<b>CAPÍTULO 2: METODOLOGIA</b>	67
2.1 INVESTIGAÇÃO-AÇÃO: EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO	67
2.1.1. Características fundamentais da investigação-ação	70
2.2. SELEÇÃO DA METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO-AÇÃO	72
2.2.1. Contexto do estudo	73
2.2.2. Participantes do estudo	75
2.2.3. Primeira fase – diagnóstico da situação	77
2.2.3.1. Técnicas e instrumentos de recolha de dados	78
2.2.3.1.1. Entrevistas semiestruturadas	79
2.2.3.1.2. Análise documental aos registos de enfermagem	81

2.2.3.1.3.	Notas de campo das reuniões com os enfermeiros, das reuniões de passagem de turno e das interações observadas .....	81
2.2.3.2.	Método de análise das comparações constantes .....	83
2.2.4.	Segunda fase – planeamento da mudança.....	85
2.2.4.1.	Instrumentos e técnicas de recolha de dados.....	86
2.2.4.1.1.	Instrumento de avaliação das dificuldades dos MFPC .....	87
2.2.5.	Terceira fase – implementação da mudança .....	89
2.2.5.1.	Técnicas e instrumentos de recolha de dados .....	90
2.2.5.2.	Quarta fase – avaliação e identificação dos adquiridos.....	90
2.2.5.3.	Técnicas e instrumentos de recolha de dados .....	92
2.2.5.3.1.	Procedimento estatístico.....	94
2.3.	RIGOR METODOLÓGICO .....	94
2.4.	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	95
2.5.	OBRAS CITADAS .....	97
<b>CAPÍTULO 3: PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA: DOS MODELOS EM USO E DOS MODELOS EXPOSTOS.....</b>		<b>101</b>
3.1	A CONSCIÊNCIA DE “SER PRESTADOR DE CUIDADOS” .....	102
3.1.1.	COMO FOI cuidar antes do internamento hospitalar .....	102
3.1.2.	COMO SERÁ cuidar após o regresso a casa: antecipar dificuldades .....	106
3.1.3.	COMO É cuidar no hospital e em casa .....	112
3.1.4.	Satisfação face à ajuda recebida .....	116
3.2.	DESOCULTAR OS MODELOS EM USO: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O CONTRIBUTO PARA A TRANSIÇÃO SAUDÁVEL DO MFPC .....	118

3.2.1.	O início do Processo de Preparação do Regresso a Casa .....	118
3.2.2.	Perceção dos enfermeiros sobre a capacidade de autocuidado da pessoa hospitalizada .....	120
3.2.3.	Perceção dos enfermeiros sobre a necessidade de ajuda do MFPC .....	124
3.2.4.	A preparação do regresso a casa: perceção dos enfermeiros sobre os seus contributos .....	124
3.3.	NECESSIDADE DE MUDANÇA E OPORTUNIDADE DE DESENVOLVIMENTO DAS PRÁTICAS FOCADAS NO MFPC .....	125
3.4.	CLARIFICAR OS PROBLEMAS: APONTAR NOVOS RUMOS NO ÂMBITO DO PPRC .....	130
3.5.	OBRAS CITADAS .....	135
<b>CAPÍTULO 4: PLANEAMENTO DA MUDANÇA .....</b>		<b>139</b>
4.1	DO PROBLEMA E DAS OPORTUNIDADES DE DESENVOLVIMENTO, AO PLANEAMENTO DO PROCESSO DE MUDANÇA .....	139
4.1.1.	Definir as intervenções de enfermagem no âmbito do PPRC .....	144
4.1.1.1.	Ações que suportam Oportunidade de desenvolvimento do MFPC .....	147
4.1.1.2.	Ações que suportam a Consciencialização do MFPC sobre as suas necessidades .....	147
4.1.1.3.	Ações que suportam a Disposição do MFPC para desenvolver a competência.....	149
4.1.1.4.	Ações que suportam o desejo de participar do MFPC .....	149
4.1.1.5.	Ações que suportam a demonstração de competências .....	150
4.1.1.6.	Estrutura a implementar .....	151
4.1.2.	Comunicação na equipa multidisciplinar .....	152

4.2.	CONSTRANGIMENTOS .....	153
4.3.	OBRAS CITADAS .....	154
<b>CAPÍTULO 5: PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA MUDANÇA.....</b>		<b>155</b>
5.1	A MUDANÇA NO CONTEXTO.....	155
5.1.1.	O início: um processo turbulento e não linear .....	157
5.1.2.	Entre a ação e a reflexão sobre a ação: o avanço no processo.....	159
5.1.3.	Alterar o IADMFPC: repensar as estratégias.....	161
5.1.4.	Constrangimentos .....	164
5.2.	SÍNTESE .....	168
5.3.	OBRAS CITADAS.....	169
<b>CAPÍTULO 6: AVALIAÇÃO DO IMPACTE DA AÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA .....</b>		<b>171</b>
6.1	DOS REGISTOS NO IADMFPC .....	172
6.1.1.	Caracterização das pessoas dependentes no autocuidado.....	172
6.1.1.1.	Avaliação da dependência nos autocuidados .....	173
6.1.1.2.	Evolução da dependência nos autocuidados .....	174
6.1.2.	Caracterização dos MFPC .....	176
6.1.3.	Dados relativos ao processo de preparação do membro da família para exercer o papel de prestador de cuidados.....	181
6.1.3.1.	Desenvolvimento da mestria do MFPC relacionada com os autocuidados.....	182
6.2.	ANÁLISE DA AÇÃO DO ENFERMEIRO NO ÂMBITO DA ESTRUTURA DO PROCESSO E DOS RESULTADOS .....	201
6.2.1.	Dimensões intrínsecas à estrutura .....	202
6.2.2.	Dimensões intrínsecas ao processo .....	206



6.2.2.1.	A orientação para a pessoa dependente e para o MFPC .....	207
6.2.2.2.	A implicação do MFPC no processo .....	208
6.2.2.3.	O reconhecimento de formas diferentes de prestar os cuidados .....	211
6.2.2.4.	As crenças e significados atribuídos ao exercício do papel .....	213
6.2.3.	Indicadores de processo.....	216
6.2.3.1.	Facilitar a ligação e situar-se.....	217
6.2.3.2.	Desenvolver a confiança e participar .....	218
6.2.4.	Indicadores de resultado.....	220
6.2.4.1.	Desenvolvimento da mestria.....	220
6.3.	SÍNTESE .....	224
6.4.	OBRAS CITADAS.....	230
<b>CAPÍTULO 7: MODELO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PROMOTOR DA MESTRIA DOS MFPC .....</b>		<b>237</b>
7.1	NATUREZA DO PROCESSO.....	238
7.1.1.	O sujeito da ação no âmbito do PPRC.....	238
7.1.2.	O campo da ação .....	241
7.1.3.	Temporalidade da situação .....	243
7.2.	PROCESSO DA AÇÃO.....	244
7.2.1.	Apropriar - Consciencializar.....	245
7.2.1.1.	Oportunidade de desenvolvimento .....	247
7.2.1.2.	A consciência da necessidade.....	247
7.2.2.	Comprometer - Envolver .....	249
7.2.2.1.	Disposição para se envolver.....	249

7.2.2.2.	Desejo de participar .....	250
7.2.3.	Monitorizar – Integrar .....	251
7.2.3.1.	Demonstração da competência.....	252
7.3.	SÍNTESE .....	253
7.4.	OBRAS CITADAS.....	264
<b>CAPÍTULO 8: CONCLUSÃO .....</b>		<b>267</b>
8.1	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	275
8.2.	SUGESTÕES .....	277
8.3.	OBRAS CITADAS.....	280
<b>CAPÍTULO 9: REFERÊNCIAS .....</b>		<b>283</b>
<b>CAPÍTULO 10: ANEXOS .....</b>		<b>303</b>
I.	Anexo - Carta Comissão de Ética do hospital entregue 23-08-2006.....	305
II.	Anexo - Consentimento Direção de Enfermagem Comissão de Ética.....	309
III.	Anexo - Consentimento informado MFPC .....	313
IV.	Anexo - Guião da 1ª entrevista MFPC 30-1-2007 .....	317
V.	Anexo - Guião da 2ª entrevista MFPC - 7-1-2007 .....	321
VI.	Anexo - Guião de entrevista enfermeiro - 7-1-2007 .....	325
VII.	Anexo - Protocolo de intervenção.....	329
VIII.	Anexo - Instrumento de avaliação das dificuldades do MFPC - (IADMFP) ...	333
IX.	Anexo - Preparação do regresso a casa: dos modelos em uso e dos modelos expostos - Análise do conteúdo às entrevistas aos MFPC e aos enfermeiros e notas de campo das reuniões e interações observadas .....	339
X.	Anexo - Do problema e das oportunidades de desenvolvimento, ao planeamento da mudança.....	343

XI.	Anexo - Processo de implementação da mudança - Análise de conteúdo às notas de campo das reuniões com os enfermeiros centradas no processo de implementação - Fevereiro de 2009 a 21 de Agosto de 2009.....	347
XII.	Anexo – O novo Instrumento de avaliação das dificuldades do MFPC (IADMFPFC) .....	351
XIII.	Anexo - Avaliação do impacte da ação do enfermeiro no processo de preparação do regresso a casa do MFPC – Apresentação e análise dos resultados .....	357
XIV.	Anexo - Ação do enfermeiro no âmbito da estrutura do processo e dos resultados - Análise de conteúdo às reuniões com os enfermeiros centradas no processo de avaliação final - 13-3-2010 .....	381



## CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO

---

As pessoas que vivem situações de dependência, como os idosos com dependência funcional devido a patologias crónicas, e pessoas com doenças incuráveis em fase final da vida, têm tendência a continuar a aumentar (Direção-Geral da Saúde, 2004). De momento, não existem em Portugal dados disponíveis que permitam avaliar com precisão a extensão deste fenómeno. O 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 (2009) mostra que cerca de 21,94% da população apresenta uma incapacidade física de longa duração. Destes, 3,59% requerem ajuda de alguém no autocuidado. Estima-se que Portugal, em 2050, seja um dos Países da União Europeia com maior percentagem de idosos (31,9%) (Instituto Nacional de Estatística Censos, 2001). Todas estas situações tenderão a agravar o problema da sustentabilidade dos serviços de saúde e sociais, a nível dos cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes (Decreto Lei nº 101/2006 de 6 de Junho).

O Relatório do Ministério da Saúde, que monitoriza o desenvolvimento e a atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2008), aponta que os cuidados informais têm uma dimensão superior aos cuidados formais. Este relatório menciona ainda que todos os países europeus tentam encontrar formas de conterem a subida de gastos em cuidados continuados. Reconhecem, no entanto, a existência de necessidades diversificadas para suporte aos cuidadores informais, como o fornecimento de informação atempada, a avaliação de dificuldades, treino específico para promoverem os cuidados, serviços que possibilitem o descanso do cuidador, benefícios fiscais e a possibilidade de algum tipo de remuneração ao cuidador informal.

As atuais políticas de cuidados de saúde estão orientadas essencialmente para o tratamento da doença, a reabilitação da pessoa doente e a integração social mais rápida possível.

Preconizam-se internamentos hospitalares cada vez mais curtos, exigindo-se às famílias que sejam capazes de assumir os cuidados aquando do regresso da pessoa dependente a casa. Nas últimas décadas, tem-se verificado que o tempo médio de internamento tem vindo a diminuir, como prova a revisão sistemática da literatura (Patriek, Anneke, Else e 2007). Em Portugal, e segundo os dados da Direção-Geral da Saúde (2004), a demora média de internamento no hospital passou de 8,4, em 2004, para 8,1, em 2007, estando, no entanto, este indicador acima da meta estabelecida para 2010, que foi de 6 dias.

Os atuais cuidados de saúde não estão organizados de forma a darem resposta às características da população envelhecida e com situações de dependência, assim como às suas famílias (Plano Nacional de Saúde, 2004). As pessoas dependentes regressam a casa com uma enorme complexidade de cuidados que têm impacto nas famílias, e em particular nos membros prestadores de cuidados. Estas situações traduzem um sistema invisível de cuidados de saúde suportados pelas famílias em casa (Schumacher, Stewart e Archbold, 1998).

Desde a década de setenta que o fenómeno da sobrecarga do prestador de cuidados tem sido alvo da preocupação dos investigadores. Na década de oitenta, desenvolveram-se instrumentos para avaliar a carga do cuidador (Feinberg, 2002; De la Cuesta (2004). A partir da década de noventa exploraram-se as relações entre a carga e as características do cuidador. Estes estudos deram ênfase à importância da educação e do apoio social para aliviar a carga desse mesmo cuidador (Loukissa, 1995). A preocupação com a vivência de cuidar de pessoas dependentes fez emergir as relações e os sentimentos entre o cuidador e a pessoa cuidada.

A investigação realizada nos últimos 25 anos prova que o exercício do papel tem impacto no quotidiano da vida, na saúde e bem-estar dos familiares (Martins, Ribeiro, Garrett, 2004 e Bover, 2004; Savundranayagam, Hummert, Montgomery, 2005; Family Caregiver Alliance, 2006; Lage, 2007; Casmarrinha, 2008; Figueiredo e Sousa, 2008), não só pela sobrecarga de trabalho que os cuidados à pessoa dependente acarretam, mas também pelo desgaste físico e emocional que desencadeiam (Bull, Maruyama, Luo, 1995; Paúl, 1997; Brito, 2002; De la Cuesta, 2003; Imaginário, 2004; Petronilho, 2007; Lage, 2007), e ainda pelas repercussões no quotidiano da vida e na dificuldade em compatibilizarem as atividades profissionais e sociais,

requerendo o prestador de cuidados diferentes tipos de apoios (Newcomer, Graham, Sotelo, Anderson, 2004).

Existem, no entanto, alguns aspetos que requerem uma maior atenção. De la Cuesta, (2004) faz referência à descontextualização do cuidador e do cuidado, à natureza interativa da atividade com implicações no cuidador e na pessoa cuidada. Estudos provam que o próprio processo de preparação do regresso a casa (PPRC) não tem tido em atenção a saúde dos prestadores de cuidados, as condições de emprego dos mesmos (Driscoll, 2000), ou mesmo a idade, o que poderá constituir um problema, dada a diversidade de MFPC. A capacidade física, a destreza manual e a capacidade de resolução de problemas podem ficar, segundo o mesmo autor, comprometidas com a idade. A transição dos cuidados hospital-casa é feita sem que, muitas vezes, se avaliem as condições sociais, económicas, psicológicas e físicas, de forma a não se comprometer, quer o equilíbrio familiar, quer a qualidade dos cuidados à pessoa dependente (Veríssimo e Moreira, 2004). Os estudos qualitativos sobre experiências dos idosos indicam deficiências na consulta, na comunicação e na coordenação do processo de regresso a casa, dando origem a insatisfação por parte das pessoas dependentes e dos prestadores de cuidados (Parker, 2002). A compreensão do impacto da transição nos padrões de vida dos familiares é, assim, a grande preocupação.

São múltiplos os fatores que influenciam o regresso a casa de uma pessoa dependente no autocuidado. Independentemente da situação que a levou ao internamento hospitalar, fatores como a duração do internamento, a diversidade de necessidades que requerem a atenção por parte dos enfermeiros, o insuficiente apoio aos familiares, a falta de informação de como aceder aos recursos são alguns dos fatores a ter em atenção na adequação desses planos, (Maramba, Richards e Larrabee, 2004). A pessoa dependente no autocuidado nem sempre beneficia de um sistema organizado que possibilite a reabilitação eficaz, de forma a reduzir a incapacidade. Por outro lado, nem sempre o prestador de cuidados é envolvido no processo de tratamento e de reabilitação (Martins, 2002; Martins, 2003), refletindo-se nos cuidados aquando do regresso a casa (Shyu, 2000; Petronilho, 2007). Os serviços de apoio às pessoas com incapacidades não vão, assim, de encontro às necessidades individuais dos cuidadores (Keer, Smith, 2001; Martins, Ribeiro e Garrett, 2004).

A existência de uma equipa multidisciplinar, bem como uma comunicação efetiva entre os diferentes intervenientes implicados no processo de planeamento do regresso a casa, são aspetos entendidos por diferentes autores como vitais (Bull, Roberts, 2001; Mistiaen, Duijnhouwer, Wijkel, De Bont e Veeger, 1997). Por vezes, os enfermeiros projetam os seus próprios sentimentos nas pessoas de quem cuidam, limitando a sua eventual reação e, desta forma, a compreensão real do seu ponto de vista (Morse, Anderson, Bottorff, 1992). Por outro lado, existem enfermeiros que subestimam os aspetos psicossociais dos cuidados às pessoas dependentes no autocuidado (Alligood e Gunther, 2002). O mesmo fenómeno também se faz sentir com o familiar prestador de cuidados. Os enfermeiros revelam, assim, dificuldades em assumir um papel mais significativo na construção e desenvolvimento da saúde das pessoas, grupos e sociedade (Amendoeira, 2003).

Os estudos revelam dificuldades de naturezas diferentes. Existem falhas em identificar quem é o familiar que vai assumir a prestação dos cuidados, aquando do regresso de um idoso a casa (Davies e Nolan, 2004). Existem dificuldades no próprio processo de planeamento do regresso a casa (Martins, 2003; Maramba, Richards e Larrabee, 2004; Petronilho, 2007), pois nem sempre a pessoa e os familiares são envolvidos nesse processo (Martins, 2002; Martins, 2003). Este é um processo que nem sempre se inicia na admissão (McBride, 1995). Existe falta de comunicação entre os profissionais de saúde, e também na articulação hospital e serviços na comunidade (Jewell, 1993). Esta falta de articulação traduz a inexistência de respostas organizadas no âmbito dos cuidados, o que leva a que as pessoas com doenças de evolução prolongada ocupem camas hospitalares em serviços nem sempre vocacionados para a gestão do sofrimento e para a prestação de ações paliativas (Plano Nacional de Saúde, 2004-2010).

Apesar da Comunidade Europeia perspetivar os cuidados paliativos como um direito humano (EURAG, 2004), deparamo-nos com uma grande assimetria na acessibilidade a este tipo de cuidados. Os familiares regressam a casa sem informação acerca das estruturas de apoio, e sem preparação adequada para promoverem os diferentes tipos de cuidados. O planeamento do regresso a casa é, assim, considerado um componente crítico, extensamente reconhecido dos cuidados hospitalares (Holland, et al., 2003).



Bull e Maruyama, Luo (1995) e Bull, Roberts (2001) consideram que o reconhecimento dos componentes que envolvem o regresso a casa ajuda a organizar, a programar os cuidados e a orientar os profissionais para o planeamento do que vulgarmente denominam de *alta*. Faz, assim, sentido encontrar formas de ajudar os familiares a planearem e restabelecerem as rotinas e reduzirem o caos aquando do regresso a casa, como preconizam Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher (2000). Davies e Nolan (2004) consideram existir pouca investigação que ponha em evidência o tipo de apoio mais efetivo, durante os períodos de maior dificuldade. É escassa a literatura que dá realce à ação dos enfermeiros no âmbito do PPRC (Maramba, Richards e Larrabee, 2004).

Bull, Maruyama e Luo (1995) referem que os membros da família passam por uma série de mudanças durante o desempenho do papel, enquanto assistem uma pessoa nas suas necessidades em casa, requerendo apoio para que a transição seja um processo suave. Porque a dependência é um desafio à própria capacidade de adaptação, quer da pessoa dependente, quer do membro da família prestador de cuidados, tomámos por objeto de investigação: **a preparação do regresso a casa, enquanto conjunto de ações e processos, facilitador da transição saudável para o exercício do papel de prestador de cuidados.**

Apesar da retórica oficial de muitos serviços de ajuda profissional sugerirem que os cuidados recebidos por pessoas em contextos hospitalares e comunitários são individualizados e centrados na pessoa, a realidade não é essa (Morrison, 2001). Embora se reconheça que a informação deva ser centrada na pessoa dependente e família, e seja esse o discurso dos enfermeiros, quer ao nível da formação, quer ao nível da prática, estudos provam que nem sempre isso constitui uma prática usual dos enfermeiros (Wiles, Pain, Buckland e Mclellan, 1998; Driscoll, 2000). Os autores apontam que esta situação se deve, em parte, ao facto dos profissionais não compreenderem as pessoas e famílias de quem cuidam e com quem interagem, pois não conseguem apresentar um conhecimento claro destas e das suas necessidades.

Estudos provam que nem sempre estão devidamente documentados os cuidados de enfermagem (Pereira, 1995; Silva, 2001; Sousa, 2005; Figueiredo, 2007) desenvolvidos pelos enfermeiros, quer com a pessoa dependente, quer com o membro da família prestador de cuidados, no sentido da preparação do regresso a casa. A inexistência de uma terminologia comum

em enfermagem, que permita melhorar a comunicação entre os diferentes enfermeiros e documentar os cuidados prestados, faz com que aspetos comuns dos cuidados sejam negligenciados, ou não assumam um carácter sistemático na documentação (Silva, 2001).

A construção do conhecimento em enfermagem passa pela valorização do sujeito de cuidados (Amendoeira, 2003). Valorizar implica conhecer o significado que tem a assunção dos cuidados para os MFPC. Estes quase sempre se deparam com alterações significativas na organização da vida pessoal e familiar, de forma a poderem assegurar os cuidados a alguém (Robinson e Francis, 2005). Conhecer o modo como os prestadores de cuidados vivenciam esta experiência deve constituir uma das preocupações da equipa de saúde, da qual os enfermeiros fazem parte. Isto porque parece existir um desfasamento de expectativas: entre as necessidades institucionais, as expectativas dos profissionais de saúde, as expectativas das pessoas dependentes no autocuidado e dos seus MFPC.

Da revisão da literatura efetuada, produzimos uma síntese da qual se salientam: Cuidados de enfermagem e o domínio do conhecimento específico; A pessoa dependente no autocuidado; Membro da família prestador de cuidados; Preparação do regresso a casa.

### **1.1.1. Cuidados de enfermagem e o domínio do conhecimento específico**

Enfermagem preocupa-se com as pessoas, nomeadamente com as suas experiências e com as respostas em relação à saúde e à doença (Meleis, 1991; 1997). As experiências humanas são moldadas por diferentes fatores, dos quais se realça: história, pessoas significativas, políticas de saúde, estruturas sociais, cultura e género (Leininger, 1991; Roper, Logan e Tierney, 1996; Meleis, 1997). Os enfermeiros preocupam-se com estas perspetivas, sendo estas que justificam que a enfermagem seja considerada uma disciplina prática. A razão pela qual isto acontece é porque os enfermeiros procuram o conhecimento nas respostas humanas à saúde e à doença, com o objetivo de ajudar a monitorizar e promover a saúde, assistindo as pessoas quando estas cuidam de si próprias, ajudando-as a fortalecerem-se, para que se desenvolvam e sejam capazes de usar os recursos de que dispõem (Meleis, 1997; Meleis, 2010). Os enfermeiros necessitam de conhecimento para compreender os fenómenos relacionados com os objeti-

vos e com a missão da enfermagem, sendo estes fundamentais para o desenvolvimento e clarificação dos conceitos centrais da disciplina de enfermagem (Chick e Meleis, 1986; Meleis, Trangenstein, 1994).

Os fenómenos relacionados com os cuidados às pessoas são cada vez mais complexos, devido à diversidade de experiências humanas e aos fatores que as determinam. O objetivo da disciplina de enfermagem é desenvolver um conhecimento que reflita as consequências da diversidade das respostas humanas na saúde e na doença (Im e Meleis, 1999). Os fenómenos são regularidades notáveis e discerníveis (Silva, 2001), sendo fundamental existirem conceitos que permitam uma variedade de pontos de vista das teorias dentro da disciplina de enfermagem (Meleis e Trangenstein, 1994). Para Meleis (1997), dentro de uma disciplina, os fenómenos são todos aqueles aspetos que caem no domínio da mesma. Um fenómeno é um termo, uma descrição ou um conceito que descreve uma ideia sobre um acontecimento, uma situação, um processo, um conjunto de acontecimentos ou um conjunto de situações, percebido conscientemente (Kèrouac, 1994). O conhecimento básico é essencial para o desenvolvimento subsequente do que Meleis (1997) define como conhecimento aplicado. O conhecimento aplicado é aquele que providencia orientações de modo a: manter, melhorar, desenvolver, inibir, suportar, mudar, defender, clarificar ou suprimir os cuidados (Meleis e Trangenstein, 1994). O objetivo do desenvolvimento do conhecimento é aprender como cuidar melhor das pessoas sendo estas os clientes de enfermagem. Os propósitos do desenvolvimento do conhecimento, da estrutura e da organização da enfermagem como uma ciência humana e como disciplina prática são, nesta perspetiva:

- O fortalecimento da disciplina de enfermagem;
- O fortalecimento dos enfermeiros;
- O incentivo dos clientes para cuidarem de si mesmos, e tirarem partido dos recursos disponíveis.

Para fortalecer a disciplina, os enfermeiros devem procurar identificar as mesmas qualidades que os tornaram enfermeiros clínicos, eficazes e dedicados, e manter estas qualidades, assim como outras, que possam aumentar o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem. Estas qualidades estão relacionadas com objetivos de conhecer e compreender. O termo

conhecer refere-se ao processo humano e individual de experienciar e compreender o *Self* e o mundo, de forma a produzir algum nível de consciencialização. Este engloba, segundo Chinn e Kramer (1995), dimensões criativas, como a experiência; dimensões expressivas, como as ações humanas, isto é, as palavras, os comportamentos e outros símbolos. Conhecer é um processo dinâmico e mutável. Uma vez expresso, o conhecimento pode ser transmitido e pode entrar na consciência de uma pessoa (Chinn e Kramer, 1995).

Nos primeiros tempos, na história do desenvolvimento da disciplina de enfermagem, as grandes teorias estavam articuladas de forma a darem resposta a questões sobre a natureza, missão e objetivos da enfermagem. Nestas teorias, Meleis (1997) enquadra teóricas como Peplau, Henderson, Hall, Johnson, Abdella, King, Wiedenbach e Rogers, que propuseram uma visão sobre a natureza, os objetivos e os limites dos cuidados de enfermagem. Esta fase teve uma tremenda influência do positivismo lógico que caracterizou os anos cinquenta. A partir de finais dos anos sessenta, as preocupações dos teóricos centraram-se nos tipos e conteúdo das teorias, o significado da teoria, os principais componentes e as formas de análise e crítica das teorias. Im e Meleis (1999) integram neste grupo teóricos como Ellis, Fawcett e Chinn (entre outros). Durante a década de oitenta, a teoria de enfermagem aborda, de forma crescente, a utilidade das teorias de enfermagem na prática clínica, sendo na década de noventa que as teorias de médio alcance, dirigidas para fenómenos ou conceitos específicos, começaram a refletir verdadeiramente a prática (Meleis, 1997).

A teoria é um modo de organizar o pensamento sobre todos os assuntos que são relevantes para a evolução dos cuidados de enfermagem. Em geral, teoria significa uma articulação organizada, coerente e sistemática de um conjunto de afirmações relacionadas com aspetos significativos de uma disciplina e que são comunicadas num todo, para descrever ou explicar um fenómeno, ou conjunto de fenómenos (Tomey e Alligood, 2004; Meleis, 1997; Meleis, 2010). O papel de uma teoria é, assim, descrever, prever e explicar os fenómenos, e servir de base para a orientação dos cuidados de enfermagem (Tomey e Alligood, 2004). Nesta altura há uma mudança do foco, centrado nas questões epistemológicas sobre o conhecimento, para um enfoque com ênfase em questões ontológicas sobre o significado, o ser e a realidade, no qual

Meleis se centrou nestes últimos anos e do qual emergiu a teoria das transições na perspectiva disciplinar da enfermagem (Messias, 2004).

A transição define-se como a passagem de uma fase da vida, condição ou estado para um outro (Meleis e Trangenstein, 1994; Meleis 2010). A transição é o modo como as pessoas respondem à mudança com o passar do tempo (Kralik; Visentin e Van Loon, 2005). A transição refere-se aos processos e resultados das interações complexas entre cliente/ambiente. Segundo Chick e Meleis (1986; 2010), as transições caem dentro do domínio da enfermagem quando atendem à saúde e à doença ou quando as respostas à transição se manifestam em comportamentos relacionados com a saúde. Quer dizer que a enfermagem está relacionada com as transições, quando as experiências de transição envolvem ou afetam o estado de saúde, ou quando os resultados dessas transições estão relacionados com o estado de saúde. Facilitar a transição é, assim, o foco da disciplina de enfermagem, em que o enfermeiro demonstra a necessidade que o cliente tem de cuidados de enfermagem, através de raciocínios clínicos e ações preconizadas pelos enfermeiros (Meleis e Trangenstein, 1994). Enquanto conceito foco, Meleis não o impõe à disciplina de enfermagem. No entanto, entende este conceito como um foco que reflete a prática de enfermagem, tal como demonstrado pela necessidade de cuidados de enfermagem aos clientes. A transição é, então, um conceito central em enfermagem (Chick e Meleis, 1986; Meleis, 1991; Meleis, 2010).

Apesar de este conceito não estar presente nas diferentes teorias de enfermagem, é congruente com teorias como a adaptação (Roy, 1997), onde a enfermagem expande capacidades de adaptação e melhora a transformação ambiental e da pessoa; autocuidado (Orem, 1995), sendo este uma função humana e um sistema de ação, que tem de ser aprendido e executado deliberada e continuamente, em conformidade com as necessidades reguladoras da pessoa; consciência alargada (Newman, 1990), em que o enfermeiro ajuda os clientes a reconhecerem os seus padrões, o que lhes permite abrir caminhos para que ocorra a transformação; ser humano em devir (Parse, 1989), onde o significado da experiência vivida para a pessoa (ou família) se revela com a presença do enfermeiro, permitindo transformar-se. Assim, a transição enquanto conceito central da enfermagem tem sido estudado por várias teóricas (Meleis e Trangenstein, 1994; Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher; 2000; Kralik, Visentin e Loon, 2005;

Chick e Meleis, 2010; Meleis e Trangenstein, 2010) ao nível da identificação dos seus componentes e da definição de uma estrutura que articula a relação entre os componentes identificados: Tipos e modelos de transição; Propriedades; Condições da transição: facilitadoras e inibidoras; Indicadores processuais; Indicadores de resultados; Intervenções de enfermagem.

Os clientes têm percepções e significados próprios, relativamente a situações de saúde e de doença. Estas percepções e concepções influenciam-se mutuamente e, por sua vez, influenciam as condições nas quais ocorre a transição. Para compreender a experiência do cliente durante a transição, é necessário desocultar as condições pessoais e ambientais que facilitam ou inibem os processos, em direção a uma transição saudável. Condições pessoais, comunitárias e da sociedade podem facilitar ou inibir o processo de transição saudável e os resultados da transição. Os enfermeiros desenvolvem competências específicas para conduzirem este processo junto do cliente, respeitando as suas condições e o nível de cuidados, bem como as capacidades, a disponibilidade e a motivação do cliente e familiares.

Durante o internamento hospitalar, diferentes membros da equipa de saúde interagem com o cliente ao longo do dia, desenvolvendo determinado tipo de intervenções específicas. No entanto, o enfermeiro é o membro da equipa multidisciplinar que mantém uma permanência constante e contínua junto do cliente, possibilitando a preparação do membro da família, no sentido da continuidade dos cuidados após o regresso a casa.

Neste sentido, exige-se a clarificação do conceito de **preparação do regresso a casa**. Um conceito é, assim, composto de indicadores, que são manifestações objetivamente mensuráveis das dimensões do conceito (Cutcliffe e McKenna, 2005). Estes são constituídos por termos que têm o mesmo sentido, que permitem identificá-lo e diferenciá-lo dos outros. Os conceitos permitem identificar os fenómenos. Estes podem ser concretos e diretamente observáveis, ou abstratos, sendo indiretamente observáveis e, deste modo, inferidos (Tomey e Allgood, 2004).

O conceito **cliente**, dentro do domínio da enfermagem, é usado com uma perspetiva que o caracteriza e o faz evoluir dentro da própria disciplina. Desde que os teóricos tentaram descrever os cuidados que desenvolvem com e para a pessoa, esta passou a ser o sujeito da ação dos enfermeiros. A pessoa, enquanto cliente de enfermagem, é, assim, o sujeito a quem o diag-

nóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção do enfermeiro (CIPE, 2005). Porque o cliente é um ser humano complexo, consideramos ser importante, tal como Meleis (1991), continuar a descobrir e desenvolver técnicas e metodologias que permitam reconhecer a natureza única e eco-holística das pessoas, e a natureza das respostas humanas aos processos de vida. Meleis (1991) define cliente de enfermagem como ser humano com necessidades, que está em constante interação com o ambiente e que tem a habilidade para se adaptar a esse ambiente. É propenso à doença, ao risco, à vulnerabilidade, experimenta desequilíbrio e vive o risco de experimentar desequilíbrio. O desequilíbrio pode ser manifestado como uma necessidade. As necessidades compreendem dimensões distintas, articulando-se entre si de forma diferente.

Por **necessidade** entendemos o que uma pessoa precisa, em termos de recursos (pessoais ou de contexto), para manter ou preservar confortável ou capazmente a sua situação (Tomey e Alligood, 2004). Como referem Rosa e Basto (2009), quando o foco é o cliente, a ênfase é dada às necessidades no sentido de déficit ou às necessidades no sentido do bem-estar da pessoa (na sua totalidade, tal como é vivido pela própria). A necessidade pode gerar dificuldades relacionadas com défices: de conhecimento, na capacidade de aprender, na capacidade de tomar decisões ou na capacidade de executar um cuidado. Através dos cuidados de enfermagem, o enfermeiro facilita a ajuda que possibilita alcançar a saúde e/ou a sensação de bem-estar.

Enquanto pessoa, o cliente é uma realidade particular, que age autonomamente, sendo responsável pela satisfação das suas necessidades e do seu próprio projeto de vida. No entanto, momentos há em que, apesar da autonomia, fica dependente na realização dos autocuidados. Quando o cliente se vê privado da capacidade de decidir por si, ou de ser independente no autocuidado, surgem os membros da família prestadores de cuidados. A necessidade de cuidados decorre da situação de saúde/doença do cliente, mas também das dificuldades percebidas ou experienciadas pelo membro da família, tendo em conta a continuidade dos cuidados em casa, o que determina que este também seja um cliente de enfermagem necessitando, segundo Triantafyllou et al. (2010), também ele, de apoio.

Surge, assim, a necessidade de ajuda, como a ação requerida e desejada pela pessoa que vive a dependência e/ou pelo membro da família, de modo a saber lidar com as exigências im-

plícitas da situação. Enfermeiro e membro da família, num processo articulado, possibilitam a adaptação, ao estimularem e desenvolverem as forças que promovem a vida, mantendo as capacidades existentes, atenuando ou compensando as perdas e acompanhando o que é incerto, ou se debilita (Collière, 2003). O enfermeiro é, na equipa de saúde, um dos profissionais que pode ajudar o MFPC a *empoderar-se*. Entendemos por *empoderamento* a transferência de capacidades e a devolução da autonomia para continuar os cuidados em casa. O que implica um processo de reflexão e tomada de consciência quanto à sua condição atual para, a partir daí, evoluir num processo de mudança desejada.

### 1.1.2. A pessoa dependente no autocuidado

A pessoa, enquanto **cliente** de enfermagem, é definida como tendo necessidades de autocuidado. O **autocuidado**, enquanto conceito central de enfermagem, surge com Orem (1991) na década de setenta. O autocuidado denota a capacidade de a pessoa iniciar e executar ações voltadas para o cuidado de si. O que implica a prática de atos e atividades que a pessoa inicia e executa autonomamente de modo a manter a vida, o funcionamento saudável e o desenvolvimento pessoal (Orem, 1995). Pode também ser entendido como um processo que permite à pessoa tomar a iniciativa e a responsabilidade de funcionar de forma eficaz no desenvolvimento do seu potencial para a saúde (Norris, 1979; Spradley, 1981).

Sidani (2011) apresenta a revisão da literatura disponível sobre o conceito do autocuidado como resultado dos cuidados e das intervenções de enfermagem. Por autocuidado entendemos a atividade executada pelo próprio, que permite à pessoa “*Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e as atividades da vida diária*” (CIPE, 2005, p.46). O autocuidado compreende todas as ações e atividades que a pessoa conscientemente realiza em benefício da sua própria saúde (incluindo tanto as ações preventivas, como, por exemplo, a gestão do regime medicamentoso). Estas atividades integram, entre outras: *Tomar banho; Vestir e Despir-se; Alimentar-se; Arranjar-se; Cuidar da higiene pessoal; Autoelevar-se; Usar o sanitário; Transferir-se; Usar a cadeira de rodas, Viar-se; Lavar-se, Gerir a terapêutica*. Quando a pessoa não tem possibilidade de desenvolver



por si só o autocuidado, por incapacidade ou perda de autonomia, o enfermeiro e, na continuidade, os membros da família poderão ajudá-la.

A autonomia possibilita a realização das atividades mais básicas do autocuidado pessoal. Quando estas estão comprometidas, aparece a situação de **dependência**. A dependência surge da noção de incapacidade e da necessidade de ajuda (Ennuyer, 1998). A dependência faz referência à autonomia física, mas também psicológica e social, (Ennuyer, 2001; Joël, 2001). A dependência é a situação em que se encontra a pessoa, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, impossibilitando-a de, por si só, realizar as atividades de vida diária (Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho), inerentes ao autocuidado ou às atividades instrumentais.

Quando aplicado à doença crónica, o processo consiste em reconhecer os problemas de saúde, selecionando, executando e avaliando o sucesso das atividades na gestão dos problemas (Grady, 2008). Uma situação de doença crónica, qualquer que ela seja, tem um determinado impacto nas atividades, nas expectativas, nos desejos, nos projetos de vida de uma pessoa, podendo perturbar o seu quotidiano de vida. A doença crónica é, em certos casos, altamente incapacitante. Produz alterações visíveis, com um imprevisível número de sintomas, de reinternamentos, de problemas psicossociais, decorrentes da evolução da doença. Provoca na pessoa diferentes sentimentos, devido às limitações físicas, que comprometem o autocuidado, tornando-a dependente de alguém, na ajuda em atividades que anteriormente eram executadas pela própria. Como refere Gil (2007, p.402), *“A perda do controlo do corpo significa a entrada na dependência e o fim da auto-suficiência”*.

A adaptação a este processo depende do modo como a pessoa interpreta e reage a certos problemas da vida (Wyller, Kirkevold, 1998). Depende ainda da personalidade, do estado psicológico, do apoio que tem, não só, da equipa multidisciplinar durante o internamento hospitalar, como da perspetiva de ajuda da família/pessoa significativa/prestador de cuidados, aquando do regresso a casa. O confronto com uma doença crónica move-se, assim, através de uma trajetória complexa, que envolve inicialmente uma fase agitada de stress e que evolui até à fase que

envolve a incorporação da doença crónica na própria vida (Kralik, 2002). Ajudar a gerir eficazmente as alterações que a dependência para o autocuidado impõem a uma pessoa não é um processo fácil, sendo por vezes um processo bastante complexo e multidimensional (Dowswell et al., 1999). Compreender o que significa para a pessoa esta experiência e qual o efeito a compensar pelos cuidados e tratamentos preconizados, é uma das preocupações dos enfermeiros. Como defende Collière (2003), é preciso ser capaz de identificar as deficiências funcionais, bem como as suas manifestações, no sentido de posteriormente se poderem discernir os cuidados, estimulando a re aquisição de capacidades pelo próprio, quando isso for possível. Quando a pessoa não tem possibilidade de desenvolver por si só o autocuidado, o enfermeiro e, na continuidade, os membros da família poderão ajudá-la. São estes elos de significação que, na perspectiva de Collière (2003), têm de ser decodificados pelos enfermeiros, para que os cuidados sejam apropriados, ou seja, tenham em conta, ao mesmo tempo, os imperativos que tecem o quotidiano da vida de quem dá apoio e as modificações fisiopatológicas causadas pela doença na pessoa cuidada.

### **1.1.3. Membro da família prestador de cuidados**

É no seio da família que geralmente se partilham os acontecimentos que são geradores de felicidade, mas também os acontecimentos responsáveis pelo stress e sofrimento. Adotamos a definição de família contemplada na CIPE (2005), a qual inclui um grupo de seres humanos interrelacionados através do parentesco legal, consanguinidade, afinidade emocional, incluindo as pessoas que são importantes para a pessoa dependente no autocuidado.

A ocorrência de uma situação de dependência no seio de uma família tem consequências traumáticas, não só para a pessoa dependente no autocuidado, como foi referido anteriormente, mas também para todos os elementos da família (Kubler-Ross, 2008). Isto porque vivemos numa sociedade estruturada em torno dos indivíduos adultos, que são economicamente produtivos e socialmente independentes. Os não produtivos ou dependentes, como são os adultos/idosos dependentes no autocuidado, são por vezes social e familiarmente excluídos da possibilidade de decidirem sobre o que lhes diz respeito, requerendo alguém que os ajude e proteja,

em aspetos essenciais como o autocuidado. Esta situação pode criar vulnerabilidades, pois por vezes os membros familiares são confrontados subitamente com o assumir de um papel para o qual quase nunca estão preparados, por falta de conhecimento para lidar com a situação, falta de experiência, falta de informação acerca das estruturas de apoio, dificuldades em compatibilizar as atividades profissionais e sociais ou mesmo falta de vontade.

Torna-se assim importante que, numa situação de internamento hospitalar, os enfermeiros ajudem o prestador de cuidados a encontrar, na desordem, o que constitui a ordem (Collière, 2003), de modo a darem continuidade aos planos terapêuticos preconizados para cada pessoa dependente no autocuidado. Este processo passa pelo reconhecimento do MFPC ou da unidade familiar, como refere Cabete (2005), como parceiro no processo terapêutico.

Surge assim o familiar prestador de cuidados, designado na literatura como cuidador informal (Schumacher, Stewart e Archbold, 1998; De la Cuesta, 2004; Access Economics, 2010). Esta designação pretende distinguir entre estes e os profissionais de saúde. Esta distinção depende não só da natureza do vínculo e da relação que estabelecem com a pessoa dependente no autocuidado, mas também porque ao prestador de cuidados informal não está associada uma remuneração económica pelo serviço que presta (Herrera, 1998; Braithwaite, 2000). Os cuidados promovidos pelos membros da família são, do ponto de vista social, pouco valorizados, sendo encarados mais como um ato de solidariedade do que como uma atividade com impacto no quotidiano da vida das famílias. No entanto, são, segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002), demasiado importantes para os que deles dependem, sendo uma das formas dominantes de cuidados em todo o mundo.

Apesar da atual rede de cuidados continuados, são muitas as famílias que vivem fora do apoio desta rede. Quando têm acesso à mesma já despenderam, por vezes, muitas horas de cuidados com os seus familiares dependentes, com impacto direto na saúde física e psíquica (Wilcox, Kasl e Berkman, 1994) e, ainda, na estrutura sócioeconómica de toda a família (Harris, Parker e Barker, 1998). Ser o **prestador de cuidados** pode acontecer de forma imediata ou gradual, no entanto, é um papel nem sempre esperado ou escolhido por quem tem de o exercer (Aneshensel, Pearlin, Mulan, Zarit e Whittlatch, 1995). Ser MFPC exige a consciência da decisão tomada (Cattani e Girardon, 2004).

Os estudos nacionais e estrangeiros mostram que o prestador de cuidados é, em geral, um dos cônjuges ou um familiar, dos quais se evidenciam os filhos (Salvage, 1996; Encarnação, 1999; Escuredo, 2001, Lage 2007), tomando estes a primazia de assumirem os cuidados. Verísimos e Moreira (2004) atribuem a vontade de ser prestador de cuidados aos compromissos de solidariedade com o companheiro(a) de vida, ao desejo de retribuir os cuidados recebidos na infância ou à vontade manifestada pela pessoa em morrer em casa, no caso das situações terminais. A evidência mostra uma predominância para a mulher, que assume um papel relevante nos cuidados (Ndba-Mbata e Seloilwe, 2000; Kerr e Smith, 2001; Laham, 2003; Santos, 2005; Access Economics, 2010). Na proximidade afetiva, destaca-se a relação entre mãe e filhos (Flaskerud e Tabora, 1998; Ndaba-Mbata e Seloilwe, 2000; Figueiredo e Turato, 2001). Podemos encontrar outros graus de parentesco, para além da relação conjugal, a relação entre irmãos, avós e tios. Na proximidade geográfica, considera-se ainda quem vive com a pessoa dependente (Salvage, 1996; Encarnação, 1999). Os prestadores de cuidados situam-se na idade ativa e em faixas etárias próximas das pessoas de quem cuidam (Veríssimo e Moreira, 2004; Access Economics, 2010). Ser prestador de cuidados obedece, assim, a fatores como o parentesco, o sexo, a proximidade afetiva e a proximidade física, sendo estes os que têm peso na tomada de decisão para assumir os cuidados. O exercício de uma atividade profissional e a proximidade física estão associados aos fatores que dificultam a ajuda.

O prestador de cuidados é aquele que está em primeira linha no sentido de promover o apoio quotidiano, isto é físico, social e/ou emocional (Kerr e Smith, 2001). Este pode corresponder a um elemento da família por laços de consanguinidade, ou a um significativo que se identifica e é reconhecido pela pessoa dependente no autocuidado como sendo o cuidador. O prestador de cuidados pode ser também a pessoa que aceita assumir os cuidados e que pode, ou não, ser designada pela pessoa dependente no autocuidado. Fenómeno que, por vezes, decorre de a pessoa dependente no autocuidado não conseguir pronunciar-se a este respeito, ou de não lhe ser dada a oportunidade de participar nessa decisão. Estas situações ocorrem quando, por falta de outra opção, alguém tem de assumir os cuidados, traduzindo por vezes o que Rolim e Silva (2002) consideram ser: falta de conjuntura.

Ser prestador de cuidados surge, por vezes, a partir de um sentimento natural e subjetivo, ligado a um compromisso que foi construído ao longo da convivência familiar (Morris, 1993; Neno, 2004). Geralmente, este é designado na literatura como o cuidador principal, pois é este que proporciona a maior parte dos cuidados e apoio diário (Bettencourt, 2007), permitindo um ambiente confortável e seguro (Úbeda, Roca e García, 1997). Ele deve ser o interlocutor entre a pessoa dependente no autocuidado/profissionais de saúde, aquando de uma situação de internamento hospitalar. Neste estudo passaremos a designá-lo por membro da **família prestador de cuidados** (MFPC), sendo este o *“responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família”* (CIPE, 2005, p.172). Enquanto elemento responsável, assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade, e atende às necessidades da pessoa dependente (CIPE, 2005, p.172). *Ser prestador de cuidados* é uma atividade designada pelo próprio, no sentido de *“providenciar cuidados quando necessário, apoiando todas as idades e tipo de necessidades básicas, frequentemente associadas a educação, estimulação e sustento”* (CIPE, 2005, p.42).

Os cuidados impõem-se ao Homem desde o momento da sua concepção, e acompanham-no ao longo de toda a sua existência. Toda a vida exige cuidados. Os cuidados pessoais mantêm a vida e dão sentido à existência. Logo desde muito cedo são aprendidos e passam a ter um significado específico, uma finalidade e um valor para cada um de nós. O cuidado, ao longo dos tempos, tem sido associado à mulher e às atividades domésticas, sendo estas que na família cuidam dos seus membros. “Prestar cuidados” pode ser utilizado enquanto sentido genérico englobando este o autocuidado, em que a pessoa trata do que é necessário para se manter, manter-se operacional, de modo a lidar com as necessidades individuais básicas e as atividades de vida diária (Orem, 1995; CIPE, 2005; Potter e Perry; 2006) de modo independente (Henderson, 2007). O cuidado, neste sentido, centra-se em tudo o que nos rodeia e que nos liga com a vida, permitindo preservar, deste modo, a vida num determinado ambiente. O sentido genérico do cuidado é aquele em cuja ação é dirigida de si para si próprio, dependendo da sua vontade. Tem por finalidade manter a existência, através da preservação da própria vida, assegurando um conjunto de necessidades, diversificadas pelo modo como cada pessoa as prioriza e satisfaz. Neste sentido, cada um é responsável por cuidar de si próprio, isto é, autocuidar-se.

Ao longo do desenvolvimento existem momentos em que o homem não tem capacidade de se autocuidar, requerendo assim de alguém que temporária ou definitivamente cuide de si, ajudando-o a preservar a sua vida. Tradicionalmente a família oferece aos seus membros cuidados variados, segundo a sua própria experiência de vida (Kèrouac; 1994). Os membros da família que vivem estas experiências de saúde devem ser ajudados a discernir “...o que necessita de estimulação, de desenvolvimento de forças e de capacidades de vida, mas também o que exige manter as capacidades existentes, atenuar ou compensar as perdas... e acompanhar o que é incerto, ou se debilita” (Collière, 2003). Indagar, assim, o que é necessário é compreender o caráter utilitário do que habitualmente se designa por cuidados, quer na perspetiva de quem promove os cuidados, quer na perspetiva de quem beneficia dos cuidados. Este caráter utilitário parte de ações desenvolvidas pelo próprio através do autocuidado (CIPE, 2005), sendo estas que orientam os cuidados, quando necessário, no sentido de manter/promover/preservar a vida, possibilitando, assim, alcançar o bem-estar.

Ao exercício do papel de **prestador de cuidados** está associado a participação em atividades instrumentais da vida diária (Paúl, 1996; Abreu e Ramos, 2007), atividades de vida diária (Kèrouac, 1994; Oliveira e Pimentel, 2005; Abreu e Ramos, 2007; Goodhead e McDonald 2007), administração de terapêutica (Kèrouac, 1994), apoio nos exercícios físicos (Oliveira e Pimentel, 2005), apoio emocional (Paúl, 1996; Abreu, Ramos, 2007; Goodhead, McDonald, 2007), como estar presente, escutar, antecipar as necessidades (Kèrouac, 1994), apoiar em atividades relacionadas com questões financeiras e administrativas (Goodhead e McDonald, 2007), requerendo cuidados diferenciados. O papel é, assim, um constructo psicossociológico particularmente usado na avaliação dos problemas de enfermagem e nas modalidades de planos de intervenção de enfermagem (Meleis, 2010). Os cuidados compreendem aspetos afetivos ou humanísticos, relativos à atitude e comprometimento com a pessoa, mas também aspetos instrumentais ou técnicos, que é importante não separar (Morse, Solberg, Neander, Bottorff e Johnson, 1990).

Nem sempre o MFPC reúne os saberes adequados para continuar os cuidados em casa, requerendo, assim, orientação específica de um profissional de enfermagem. Kalra et al. (2004) defendem a necessidade dos cuidadores serem ensinados, de modo a fazerem parte da rede de

cuidadores informais, que suportam os cuidados em casa à pessoa dependente no autocuidado. Exercer o papel de “prestador de cuidados” de uma pessoa dependente no autocuidado pode, assim, desencadear alterações nos seus próprios processos de vida, pela capacidade pouco eficaz do MFPC para lidar com a situação. Estas alterações podem torná-lo mais vulnerável ao risco, com repercussões na sua saúde e bem-estar (Meleis e Trangenstein, 1994; Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher, 2000; Access Economics, 2010).

Quando os cuidados de manutenção da vida são desvalorizados, ignorados ou desprezados pelo próprio ou por quem os presta, tanto nos saberes que exigem como nos seus efeitos, sendo relegados como tarefas subalternas, podem pôr em risco a vida de uma pessoa (Collière, 2003). Esta situação, quando identificada durante o internamento hospitalar, exige uma intervenção do enfermeiro, no sentido do desenvolvimento das competências do prestador de cuidados. A competência traduz a qualidade do papel exercido pelo MFPC. Perrenoud (2000) define competência como a mobilização de recursos cognitivos dos quais se salientam: saberes, informações, valores, atitudes, habilidades, esquemas de percepção, de avaliação e de raciocínio, que permitem à pessoa solucionar um problema. Para Fleury e Fleury (2001), a competência implica saber agir, através do mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, recursos e habilidades.

#### **1.1.4. Preparação do regresso a casa**

Enfermagem tem a sua origem nos cuidados promovidos pelas mulheres no seio da família. Com a evolução da sociedade e o desenvolvimento da medicina, os cuidados passaram a ser centrais nas práticas hospitalares, assumindo os profissionais de saúde os cuidados que outrora eram desenvolvidos pelos familiares em casa. Enfermagem descentrou-se da esfera privada do domicílio das famílias e passou para a esfera pública hospitalar no século XIX (Figueiredo, 2009), levando à estagnação dos cuidados centrados na família. As mudanças sociais, decorrentes do envolvimento da mulher no mundo laboral, e as novas estruturas familiares contribuíram para a centralização dos cuidados de saúde no sistema hospitalar (ICN, 2002; Bonet, 2009; Figueiredo, 2009). Neste contexto, os familiares deixaram de ser reconhecidos como cuidadores e perderam as redes informais de apoio e de conhecimento (Kèrouac, 1994). A partir da

década de setenta, surgiram novas forças, fruto de um ambiente em rápida evolução, que teve repercussões na complexidade das instituições de saúde, que não pararam de crescer (Kèrouac, 1994). A racionalização dos recursos humanos e financeiros, as mudanças de prioridades, as leis e os regulamentos, as mudanças demográficas e os novos perfis de necessidades de saúde da população caracterizam este ambiente. Estas condições conduziram a mudanças no sistema de saúde, devolvendo às famílias a responsabilidade pela saúde e pelos cuidados dos seus membros doentes, causando por vezes muito stress, ao terem de assumir um novo papel para o qual não foram preparados (Aneshensel, Pearlin, Mulan, Zarit e Whittlatch, 1995; Lage, 2007). Assim, só no final de 1970, a família, e não apenas a pessoa doente, foi considerada a unidade constituinte do tratamento (Holland, 1989) surgindo assim, os prestadores de cuidados informais.

Estas mudanças traduziram-se na transferência de uma prestação de cuidados largamente baseada nos hospitais para outras alternativas comunitárias ou domiciliárias. Segundo Harrison (2004), com esta mudança, pretendia-se assegurar os cuidados necessários, ao longo do tempo, de forma coordenada e interligada, com uma continuidade apoiada e sustentada entre os cuidados assegurados por profissionais, como por exemplo os enfermeiros, e os cuidados que podiam ser assumidos ou reassumidos em casa pelos familiares. **Preparar o regresso a casa** surge, assim, da necessidade de transição dos cuidados promovidos no hospital para a continuidade dos cuidados em casa.

O conceito de continuidade associado aos cuidados permanece indefinido na literatura (Harrison, 2004). A noção de continuidade tem sido, em termos concetuais, associada ao planeamento da alta, cuidados de transição quando há mudança de prestadores (Cabete, 1998), cuidados coordenados, cuidados continuados (Harrison, 2004), sendo muitas vezes utilizados alternadamente. Esta noção expressa, por um lado, o cuidado ao longo do tempo (passado, presente e futuro), focalizado no cliente, nas necessidades de saúde e no contexto pessoal, outras vezes como resultado do cuidado experimentado pelos clientes (College and Association of Registered Nurses of Alberta, 2008). A continuidade dos cuidados implica uma estrutura que relaciona as atividades a assegurar e as articulações desenvolvidas com os diferentes serviços de saúde, Segurança Social, Organizações Não Governamentais e Instituições Privadas de So-



lidariedade Social. Nas atividades de cuidados são consideradas: as intervenções e os autocuidados; atividades relacionais e de comunicação, documentação, referenciação, etc. (Harrison, Browne, Roberts, Graham, Gafni, 1999).

O PPRC é um processo que deve ser iniciado o mais precocemente possível, de modo a reduzir os eventuais riscos a que estão sujeitos os MFPC. Neste sentido, Meleis (1991; 1997) considera que o enfermeiro interage (interação) com o ser humano (cliente/MFPC), numa situação saúde/doença, o qual é uma parte integrante do seu contexto sociocultural (ambiente). Este está, de alguma forma, num processo de transição ou de antecipação da transição (transição). A interação enfermeiro-cliente/MFPC está organizada à volta de um propósito (processo de enfermagem, resolução de problemas, intervenção holística). O enfermeiro usa as ações promotoras de cuidados (intervenções) para salientar, trazer, ou facilitar a saúde e o bem-estar (saúde). Os enfermeiros estão na primeira linha da ajuda, quer à pessoa dependente no autocuidado, quer ao MFPC.

A compreensão das propriedades e condições inerentes ao processo de transição irão contribuir para desenvolver as intervenções, que serão congruentes com as experiências singulares da pessoa dependente no autocuidado e MFPC. As intervenções devem refletir, por conseguinte, a diversidade e a complexidade das experiências de transição, ao serem identificadas, clarificadas, desenvolvidas e testadas. Os enfermeiros assistem nas mudanças e exigências que as transições trazem para o quotidiano da pessoa dependente no autocuidado/MFPC (Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher, 2000).

Benner (2001) considera que a prática de enfermagem implica que se assuma uma intenção de ajuda e um compromisso de se desenvolverem as práticas de cuidados. A intenção antecede a tomada de decisão enquanto organizadora da função, permitindo explicar e particularizar cada ato, inserindo-o numa estrutura que lhe dá sentido (Boterf, 1994). A intencionalidade informa as nossas escolhas e as nossas ações, ajudando-nos a ser sensíveis e conscientes sobre o que é mais importante para a nossa vida pessoal e profissional (Watson, 1985). A preparação do regresso a casa implica, assim, assumir essa intenção de ajuda, que tem por base o conhecimento da necessidade de ajuda. Este conhecimento implica conhecer a situação de dependência da pessoa dependente no autocuidado e o modo como

o MFPC perspectiva a continuidade dos cuidados em casa. Implica conhecer que informação o MFPC tem sobre o processo terapêutico da pessoa dependente no autocuidado e os recursos pessoais e locais vocacionados para continuar os cuidados em casa. O que pressupõe que o MFPC seja acolhido, de modo a expressar as suas dúvidas e inquietações, para que atempadamente possa ser ajudado a lidar com a situação.

Através da identificação da necessidade de cuidados é possível nomear o que se pretende fazer, para de seguida se explicar, de acordo com a intenção do enfermeiro, como fazer, quando fazer e de que modo desenvolver essas ações. A intenção das ações promotoras de cuidados está ligada ao significado e à finalidade de promover a vida, possibilitando deste modo o bem-estar da pessoa dependente no autocuidado e do MFPC. No entanto, podem existir discrepâncias quanto à extensão do conceito (Rosa e Basto, 2007), pois os padrões de vida das pessoas são infinitamente variados (Henderson, 2007). Esse trabalho exige do enfermeiro o domínio de competências, que habilitem, quer as pessoas dependentes no autocuidado quer os MFPC, a compreenderem o que se torna indispensável para manter e estimular a vida, procurando os meios mais adequados para o conseguirem (Collière, 1989; 2003). Indagar, assim, o sentido dos cuidados é conhecer o significado, a finalidade e o valor dos que estão implicados no processo de proporcionar o bem-estar.

## **1.2. PROBLEMÁTICA**

Os enfermeiros podem oferecer uma prática centrada em cuidados, num ambiente variado de indivíduos, famílias e comunidades, tendo em conta a especificidade das experiências humanas ligadas à saúde. Trabalham quotidianamente perto de pessoas que vivem transições como o nascimento e a morte, os acontecimentos maiores da vida, tais como as doenças agudas, as hospitalizações, a perda de uma pessoa significativa ou ainda os stressores da vida quotidiana associados ao envelhecimento (Ducharme, Trudeau 2002) e à doença crónica (Walsh, Estrada e Hogan, 2004).

O regresso a casa de uma pessoa dependente no autocuidado é um evento que acentua riscos, devido às mudanças que ocorrem na vida, na saúde, nas relações e no ambiente do MFPC (Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher, 2000). A vulnerabilidade pode ser contextualizada como uma característica do quotidiano, descoberta através da compreensão da experiência do MFPC e das suas respostas durante a fase de transição. Desocultar os riscos a que estão sujeitos os familiares, quando tomam conta de uma pessoa dependente no autocuidado, pode ser possível através da compreensão dos processos de transição por eles vivenciados (Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher, 2000). Por isso se justifica a necessidade de ajudar o MFPC a planear o regresso a casa, de modo a restabelecer as rotinas e reduzir o caos durante o período de transição (Rittman, Faircloth e Boylstein, 2004).

Estudos provam que os MFPC presentes durante o internamento hospitalar, e que recebem informação relativa à experiência de cuidar em casa, ficam menos ansiosos durante a convalescença da pessoa dependente no autocuidado, mais satisfeitos com a informação recebida e experienciam menos problemas (Driscoll, 2000). A preparação do regresso a casa favorece uma maior satisfação das pessoas dependentes no autocuidado e prestadores de cuidados, melhorando a referenciação e a utilização de recursos na alta (Maramba, Richards, Larrabee, 2004; Grimmer e Moss, 2000), diminui o tempo de internamento, os custos com o internamento e o número de reinternamentos (Coleman, et al., 2006; Anttila, Huhtala, Pekurinen e Pitkälä, 2000); melhora a qualidade de vida das pessoas dependentes no autocuidado e familiares e favorece a continuidade dos cuidados, podendo influenciar positivamente o estado de saúde dos mesmos (Jackson, 1994); aumenta a perceção das pessoas dependentes no autocuidado e prestadores de cuidados sobre as competências para assegurar a continuidade dos cuidados ou os planos terapêuticos, e diminui a duplicação de intervenções, evitando a omissão de intervenções necessárias para a preparação do regresso a casa (Closs e Tierney, 1993). O sucesso da transição depende do desenvolvimento de uma relação efetiva entre estes diferentes atores.

Porque nem sempre o enfermeiro sabe: Quem é o prestador de cuidados? Como surge o prestador de cuidados no contexto hospitalar? Quando é que o membro da famí-

lia/pessoa significativa tem consciência de que está num processo de se converter num prestador de cuidados? Quando assumiu o compromisso de ser o prestador de cuidados? O que significa regressar a casa com uma pessoa dependente no autocuidado? Qual a percepção que os MFPC têm relativamente aos desafios colocados pelo exercício do papel? Quais as mudanças que o assumir de cuidados podem desencadear no quotidiano de vida do prestador de cuidados? Qual é a percepção dos enfermeiros sobre o modelo profissional em uso? Quais as intervenções de enfermagem, que promovem as transições saudáveis, tendo em conta o exercício do papel de prestador de cuidados? Pensamos ser este o conhecimento que permite aos enfermeiros compreenderem o processo de transição para o exercício do papel e as intervenções de enfermagem que facilitam a transição (Meleis, Trangenstein, 1994).

A teoria de Meleis ajuda-nos a perceber as situações complexas, como são os processos de vulnerabilidade dos prestadores de cuidados e as respostas às transições. Porque os enfermeiros são os principais cuidadores das pessoas dependentes no autocuidado e das suas famílias, na medida em que:

- Assistem nas mudanças e nos desejos que as transições acarretam para o quotidiano da pessoa dependente no autocuidado e família;
- Preparam a pessoa dependente no autocuidado e famílias para as transições eminentes;
- Facilitam processos de aprendizagem da pessoa dependente no autocuidado e família para novas competências relacionadas com a experiência de saúde e doença.

Assim, saber como identificar, facilitar, promover e ajudar os membros da família prestadora de cuidados nos diferentes momentos críticos é a chave para a prática de enfermagem focada nos processos de transição. Ao facilitar a adaptação saudável ao papel de *prestador de cuidados*, o enfermeiro pode impedir resultados negativos no decurso da experiência de transição. Conhecer os cuidados prestados pelos MFPC possibilita uma melhor compreensão dos padrões de cuidados informais (Aneshensel, Pearlin, Mulan, Zarit e Whittlatch, 1995). Esta compreensão é possível através do conhecimento das experiências e das respostas à mudança vivenciadas pelos MFPC. Compreendendo as propriedades e as condições inerentes aos processos por que passam as pessoas, contribuí-

mos para o desenvolvimento das intervenções de enfermagem, que deverão ser congruentes com as experiências singulares das pessoas e das suas próprias famílias (Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher, 2000). A preparação do regresso a casa é, então, um processo que deve receber mais atenção por parte dos enfermeiros (Meleis e Trangenstein; 1994). É nesse sentido que pretendemos dar o nosso contributo. Estamos crentes que, com este estudo, poderemos contribuir, por um lado, para a construção do objeto da disciplina de enfermagem e, por outro, para a reconstrução do processo de cuidados no âmbito da preparação do regresso a casa.

### 1.3. FINALIDADE

Os enfermeiros tradicionalmente associam o PPRC ao momento da alta clínica da pessoa dependente no autocuidado. A alta clínica é um processo administrativo, que ocorre num momento e que depende primordialmente da decisão médica. Os enfermeiros fazem depender a preparação do regresso a casa deste momento, atuando geralmente com o MFPC no momento que o antecede. Existem dificuldades na identificação do MFPC. Os enfermeiros desconhecem as reais necessidades dos MFPC para assegurarem a continuidade dos cuidados em casa. O processo de cuidados nem sempre está centrado nas necessidades da pessoa dependente no autocuidado e nas dificuldades percecionadas pelos MFPC. Os próprios registos de enfermagem nem sempre documentam as intervenções de enfermagem decorrentes da intervenção do enfermeiro no âmbito do PPRC.

Estes são alguns dos constrangimentos que continuam a estar presentes em muitos dos contextos práticos, e com os quais nos confrontamos nas mais diferentes circunstâncias pessoais e profissionais. Assim, tendo por base esta problemática, delineámos **desenvolver um modelo baseado num contexto, estruturador da ação de enfermagem, tendo em vista aumentar o repertório de recursos internos do MFPC, para fazer face aos desafios colocados pela transição para o papel de prestador de cuidados**, constituindo esta a finalidade da investigação.

## 1.4. OBJETIVOS

Tendo em conta a finalidade do estudo e a opção metodológica adotada (investigação-ação), os objetivos gerais definidos foram os seguintes:

- Caracterizar a percepção do MFPC relativamente aos desejos colocados pelo exercício do papel durante o internamento hospitalar da pessoa dependente no autocuidado e um mês após o regresso a casa;
- Identificar os fatores que dificultam, na perspetiva dos MFPC, a transição saudável para o papel de prestador de cuidados;
- Caracterizar a percepção dos enfermeiros sobre o modelo de exercício profissional em uso, relativamente às intervenções de enfermagem promotoras de transições saudáveis dos MFPC para o exercício do papel;
- Identificar oportunidades de desenvolvimento do modelo em uso, de forma a melhorar a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros face ao exercício do papel dos MFPC;
- Implementar as mudanças que potenciam o desenvolvimento da qualidade do exercício do papel dos MFPC;
- Avaliar o impacto da mudança introduzida no modelo de exercício profissional focado nos MFPC;
- Identificar os fatores facilitadores associados ao processo de mudança sob investigação.
- Identificar os constrangimentos associados ao processo de mudança sob investigação.

## 1.5. PARADIGMA DE INVESTIGAÇÃO

Cada paradigma pode ser classificado pela forma como conceptualiza a natureza da realidade (ontologia), pela concepção acerca dos processos de conhecimento (epistemologia), e pelas estratégias consideradas adequadas para produzir o conhecimento (metodologia) (Guba, 1990; Denzin e Lincoln, 1998). Um paradigma é uma construção humana com base num conjunto de crenças que guiam a ação (Denzin e Lincoln, 1998). Os pressupostos ontológicos orientam a nossa forma de conceber a natureza da realidade e do fenómeno estudado; desta forma,

o investigador interroga-se se a realidade investigada tem uma experiência própria, independentemente do que ele observa (realismo), ou se não é antes o produto da sua tomada de consciência (nominalismo). Os pressupostos de natureza epistemológica estão associados fundamentalmente ao conhecimento, isto é, a forma que toma e como é transmitido (Denzin e Lincoln, 1998; Gauthier, 2003).

As sociedades ocidentais partem do pressuposto de que existe uma realidade externa verdadeira que pode ser conhecida através de metodologias rigorosas e precisas, estando na base do paradigma positivista. Este caracteriza-se por *”...considerar as teorias como formas de clarificar uma realidade pré-existente, pelo que as hipóteses precedem e guiam o confronto empírico, seguindo um pensamento dedutivo. A metodologia utilizada é geralmente quantitativa”* (Basto, 1998). A investigação qualitativa tende a adotar uma posição epistemológica não positivista, sendo particularmente utilizada para a compreensão das experiências e dos significados que os seres humanos constroem em interação. A epistemologia subjacente está de acordo com o pressuposto construtivista de que o conhecimento científico do mundo não reflete diretamente o mundo, tal como ele existe externamente ao sujeito conhecedor, mas é produzido ou construído pelas pessoas dentro de relações históricas, sociais e culturais (Fernandes e Almeida, 2001). Qualquer uma destas metodologias dá oportunidade ao investigador de responder a questões de investigação diferentes, tendo consciência de que a escolha de métodos diferentes dá origem a formas de conhecimento diferentes.

Ao adotarmos o paradigma construtivista, partimos de uma perspetiva ontológica onde coexistem diferentes perspetivas e diferentes realidades, que pretendemos descrever e interpretar tendo em conta o contexto da ação. Do ponto de vista metodológico, o investigador interage com os enfermeiros no sentido de, em conjunto, construírem a mudança. Estas metodologias não são incompatíveis, podendo ser conciliadas em diferentes momentos do processo de investigação, obedecendo a princípios de validade distintos. Ao entendermos a investigação-ação como uma abordagem centrada nos profissionais da prática, que permite melhorar a prática e produzir teoria contextualizada, esta só é possível através de um processo conjunto de reflexão sobre a ação.

A investigação-ação partilha, assim, as perspetivas dos paradigmas: positivista e construtivista, e utiliza metodologias quantitativas e qualitativas, embora alguns investigadores considerem que a investigação-ação não se encaixa em nenhum dos paradigmas anteriores, argumentando que existe uma maior proximidade do paradigma crítico, já que a sua intenção não é apenas entender os fenómenos mas mudá-los. Outros autores denominam-no de paradigma praxis, por se centrar na prática (O'Brien, 1998). Ao centrar-se no paradigma crítico, a investigação-ação possibilita a mudança inerente ao processo de planeamento do regresso a casa, podendo ser útil no contexto em que se insere. Ao implicar ativamente os enfermeiros neste processo, eles convertem-se assim nos protagonistas da sua própria investigação. O investigador e os enfermeiros assumem em conjunto o compromisso de transformar a problemática sobre a qual estão a trabalhar. É neste contexto interventivo e transformador que propomos uma metodologia investigativa, capaz de proporcionar uma ação mais profícua, na medida em que se centra, por um lado na reflexão crítica, por outro numa atitude operacional de práticas, sendo estes os pontos de partida para a emergência de possíveis teorias.

As questões de investigação sugerem um estudo no âmbito do paradigma qualitativo, apresentando-se a investigação-ação como o método mais adequado, tendo em conta a finalidade: encontrar soluções através da identificação, implementação e avaliação do sucesso das mudanças que ocorrem num contexto específico. Ao criar soluções para problemas da prática, relevantes para os clientes, num determinado hospital e contexto, os profissionais aprendem sobre a sua prática, porque refletem sobre ela e sobre si mesmos, e também aprendem a implementar a mudança para melhorar essa mesma prática (Streubert e Carpenter, 2002). De la Cuesta (1997) considera que os estudos qualitativos são de especial relevância para os profissionais de saúde, pois centram-se no cuidado, na comunicação e na interação com as pessoas.

## **1.6. VISÃO GLOBAL DA TESE**

O primeiro capítulo tem como objetivo justificar o estudo e proceder ao seu enquadramento conceptual. Consideramos que o cuidado universal não é limitado a uma única disciplina (Meleis e Trangenstein, 1994); no entanto, existem aspetos dos cuidados que são específicos da



disciplina de enfermagem. Estes centram-se no cuidado com as experiências humanas de saúde, sendo este um conceito foco da disciplina de enfermagem (Newman, 1990). Apresentamos o cliente de enfermagem, enquanto pessoa dependente no autocuidado, que requer apoio de um MFPC e que vivencia a transição para o papel prestador de cuidados, constituindo, também este, um cliente de enfermagem. O enfermeiro, ao preparar o MFPC para o exercício desse papel, ajuda, através do PPRC, a facilitar a transição.

O segundo capítulo apresenta o enquadramento metodológico. Optámos por utilizar a metodologia de investigação-ação pois, segundo a natureza do estudo, esta possibilitou que os enfermeiros colaborassem nas diferentes fases do processo, desde a identificação dos problemas à definição das estratégias de mudança e implementação e avaliação das mesmas. Ao serem envolvidos na construção da mudança, criámos gradualmente um ambiente de abertura e aprendizagem, no qual emergiram as lógicas em uso, que determinaram os comportamentos frequentemente ocultos na retórica defensiva, adotados por alguns enfermeiros, contrariando por vezes o modelo exposto.

O terceiro capítulo desoculta o modelo em uso, partindo da experiência de transição para o papel de prestador de cuidados vivenciado pelos MFPC, durante o período de internamento hospitalar, onde se identificaram os problemas que dificultaram a intervenção do enfermeiro junto do MFPC no PPRC.

O quarto capítulo apresenta o processo de mudança, partindo da consciência do problema tal como os enfermeiros o entendiam, sendo apresentadas as estratégias no sentido da sua resolução.

O quinto capítulo descreve e analisa o processo de implementação da mudança ao longo da investigação-ação. A partir da reflexão sobre a ação apreciámos a evolução do processo de mudança, as condições que facilitaram e dificultaram e, por fim, avaliámos o caminho percorrido.

O sexto capítulo refere-se à avaliação do impacte da mudança decorrente da implementação do Instrumento de Avaliação das Dificuldades do MFPC (IADMFP), como estrutura conceptual na tomada de decisão em enfermagem. Ao teorizarmos sobre os conceitos e as suas

relações, o investigador dissecou no todo as diferentes partes, de modo a poderem ser melhor entendidas, dando contributo para a definição da teoria no âmbito do PPRC.

O sétimo capítulo enfatiza o contributo da mudança na prática e na construção do conhecimento em enfermagem, no âmbito do PPRC dos MFPC das pessoas dependentes no autocuidado.

O oitavo capítulo corresponde às conclusões do estudo desenvolvido. Apresentamos as limitações percecionadas e sugestões para o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem nesta área.

## 1.7. OBRAS CITADAS

- Abreu, R. (2007). *O regresso a casa do doente vertebro-medular: o papel do prestador de cuidados*. in: *Psicologia*. com.pt
- Access Economics (2010) *The economic value of informal care in 2010*, Report for Carers. Australia, October.
- Alligood, M.R.e Gunther, M. (2002). A discipline: specific determination of high quality nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 38 (4) p. 353-359.
- Amendoeira, J. (2003). *Os instrumentos básicos na construção da disciplina de enfermagem: expressões e significados*. Santarém: GIDEA – Grupo de Investigação e Desenvolvimento da Enfermagem em Ação.
- Aneshensel, C. S.; Pearlin, L. I.; Mulan, J.T.; Zarit, S. H. e Whittlatch, C. J. (1995). *Profiles in caregiving: The unexpected career*. San Diego: Academic Press.
- Anttila, S. K., Huhtala, H. S., Pekurinen, M. J. e Pitkälä, T. K. (2000). Cost-effectiveness of an innovative four-year post-discharge programme for elderly patients: prospective follow-up of Hospital and nursing home use in project elderly and randomized controls. *Scand J. Public Health* 28 (1) p. 41-46.
- Basto, M. L. (1998). *Da intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiros*. Lisboa: Rei dos Livros.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra. Quarteto Editora
- Bettencourt, A. (2007). *Cuidar da família que cuida: o papel do enfermeiro no apoio à família cuidadora após a alta*. In: Camarro, Isidora; et al. – *aprendendo o cuidado de enfermagem*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende. P.358-381
- Bonet, I. Ú. (2009). *Calidad de vida de los cuidadores familiares: evaluación mediante un cuestionario*. Programa de Doctorado de Ciencias Enfermeras. Escuela de Enfermería de la Universitat de Barcelona
- Boterf, G. (1994). *De la competence. Essai sur un attracteur étrange*. Paris, Les Éditions D'organisation
- Bover, A. B. (2004). *Cuidadores informales de la salud del ámbito domiciliário: percepciones y estrategias de cuidado ligadas ao género e la generation*. Palma de Mallorca. Tese doutoral. Universitat de les Illes Balears.

- Braithwaite, V. (2000). Contextual or general stress outcomes. Making choices through caregiving appraisals. *The Gerontologist*, 40, p.706-717
- Brito, L.(2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora
- Bull, M. J. e Roberts, J. (2001). Components of a proper Hospital discharge for elders. *Journal of Advanced Nursing* 35 (4) p. 571-581.
- Bull, M. J.; Maruyama, G. e Luo, D. (1995). Testing a model for post Hospital transition of family caregivers for elderly person. *Nursing Research*. 44 (3). p.132-145
- Cabete, D. G. (1998). O impacto do internamento no idoso. Parte II de II: *Nursing*, Outubro nº137
- Cabete, D. G. (2005). *O idoso, a doença e o Hospital O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures. Lusociência
- Casmarrinha, Manuela de Jesus Linhol (2008). *Familiares de doentes oncológicos em fim de vida. Dos sentimentos às necessidades...* tese de mestrado Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto, Portugal
- Cattani, R., e Girardon, P. N. (2004). Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Electrónica de Enfermagem*. 06. (02) p. 254-271
- Chick, N. e Meleis, A. (1986). *Transition a nursing concern*. In: Chinn PL, ed Nursing Research - *Methodology, issues and implementation*. Rockville, Maryland Aspen. P.237-257
- Chinn, P.L.e Kramer, M.K. – (1995). *Nursing's patterns of knowing*. In: *theory and nursing: a systematic approach*. Missouri: Mosby. P. 1-18
- Closs, S. J.; e Terney, A. (1993). The complexities of using a structure, process and outcome framework: the case of an evaluation of discharge planning for elderly patients. *Journal of Advanced Nursing* 18 (8) p. 1279-1287.
- Coleman, Parry e Chalmers, M. (2006). The care transitions interventions. *Archives of Internal Medicine*. Vol. 166, nº 17
- College and Association of Registered Nurses of Alberta (2008). *Registered Nurse Roles that Facilitate Continuity of Care*. Edmonton
- Collière, M. F (1989) - *Promover a vida*, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Lisboa, 385
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*. 2ª ed. Loures. Lusociência
- Conselho Internacional de Enfermagem (2005). *CIPE versão 1: classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

- Cutcliff, J. R. e McKenna, H. P. (2005). *The essential concepts of nursing*. New York. Elsevier Limited. p. 125-140
- Davies, S. e Nolan, M. (2004). Making the move: relative's experiences of the transition to a care home. *Health and Social in the Community*. 12 (6) p. 517-526.
- De la Cuesta, C. B. (1997). Características de la investigación cualitativa y su relación con la enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería* 1997; XV (2): p.13-24.
- De la Cuesta, C. B. (2003). *Cuidado artesanal: Un estudio cualitativo sobre el cuidado familiar de pacientes con demencia avanzada*. Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
- De la Cuesta, C. B. (2004). Cuidado familiar en condiciones crónicas: una aproximación à la literatura. *Texto e Contexto Enfermagem*. Vol. 13, nº 001. p.137-146. Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil.
- Denzin, N. K. e Lincoln, Y. S. (1998). *Strategies of qualitative inquiry*. Thousand Oaks: Sage Publications
- Dowswell, G., et al. (1999). *Investigating recovery from stroke: a qualitative study*, <http://web31.epnetcom/resultlist.asp>? Acedido em 12/08/2005
- Driscoll, A. (2000). Managing post-discharge care at home an analysis of patients` and their carers` perceptions of information received during their stay in Hospital *Journal of Advanced Nursing* 31 (5) p. 1165-1173.
- Ducharme, F. e Trudeau, D. (2002). Qualitative evaluation of a stress management intervention for elderly caregivers at home: a constructivist approach. *Issues Mental Health Nursing*. 23 (7) p. 691-713.
- Encarnação, M.F. (1999). *Envelhecendo com dependência: revelando cuidadores*. *Intervenção Social* Lisboa. Ano 9.20, (1999) p.179-187.
- Ennuyer, B. (1998). 1973-1997, a genealogia da prestação específica da dependência. *Gerontologie et société*, nº 84, p.31-52
- Ennuyer, B. (2001). *Ces vieux que l'on dit «dépendants»* - In J. Chabert, B. Ennuyer, D.Grunwald, C. Gucher, P. Haehnel e M-È. Joël, *Vivre au grand âge: angoisses e ambivalences de la dépendance*. Paris: Éditions Autrement, p. 9-65.
- Escuredo, B. R. (2001). Cuidadores informales: necessidades y ayudas. *Revista ROL Enf. Barcelona*. Vol. 24. nº 3. p. 139-144
- European Federation of Older Persons - EURAG (2004). Making palliative care a priority topic on the European health agenda.

- Family Caregiver Alliance (2006). *Caregiver Assessment: Principles, Guidelines and Strategies for Change*. Report from a National Consensus Development Conference (Vol.I) San Francisco: Author.
- Feinberg, L.F (2002). The state of the art: caregiver assessment in practice settings. *Family Caregiver Alliance National Center on Caregiving*
- Fernandes, E.M. e Almeida L.S. (2001). *Métodos e técnicas de avaliação: contributos para a prática e investigação psicológica*. Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia
- Figueiredo, D. e Sousa L. (2008) – *Perceção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência*. Saúde dos Idosos. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 26(1). p. 1-24
- Figueiredo, M. H. de J. S (2009). *Enfermagem de família: um contexto de cuidar*. Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal
- Figueiredo, R. M. de S. de A. (2007). *A pessoa em fim de vida no hospital. Modelos de cuidados que emergem da documentação de enfermagem* - Tese de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, Portugal
- Figueiredo, R.M e Turato, E.R. (2001). Needs for assistance and emotional aspects of caregiving reported by aids patient caregivers in a day-care unit in Brazil. *Issues Mental Health*
- Flaskerud, J. H. e Tabora, B. (1998). Health problems of low-income female caregivers of adults with HIV/AIDS. *Health Care for Women International* 19 p.23-36 Disponível on-line em Acedido em 16/01/2006
- Fleury, M. T. L e Fleury A. (2001) *Construindo o conceito de competência*. RAC, Edição Especial. p.183-196
- Gauthier, B. (2003) - *Investigação social: da problemática à colheita de dados*. Loures: Lusociência
- Gil, A.P.M. (2007) – *Heróis do quotidiano. Dinâmicas familiares na dependência*. Tese de doutoramento. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Lisboa. Portugal
- Goodhead, A e Macdonald, J. (2007). *Informal caregivers literature Review*. A report prepared for the National Health Committee
- Grady, K.L.(2008). Self-care and quality of life outcomes in hearth failure patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23, 285-292
- Grimmer K.A., Moss J.R. e Gill T.K. (2000). Discharge planning quality from the career perspective. *Quall Life Res*; 9:1005-1013.
- Guba, E. (1990). *The paradigm dialog*. London: Sage

- Harris, A; Parker, N. e Barker, C (1998). Adults with sickle cell disease: psychological impact and experience of Hospital services. *Psychology, Health and Medicine*, 3; (2); p 171-179
- Harrison, M. B. (2004). Editorial Convidado: Transições, Continuidade e Prática da Enfermagem. *CJNR*. 36 (2)
- Harrison, M. B., Browne, G., Roberts, J., Graham, I. D., e Gafni, A. (1999). Continuity of care and bridging the inter-sectoral gap: A planning and evaluation framework. *National Academies of Practice Forum: Issues in Interdisciplinary Care*, 1(4), 315-326.
- Henderson, V (2007). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem* CIE. Loures. Lusociência. 74 p.
- Herrera, G. M. (1998). Nuevos desaríos en políticas sociales: La Community Care. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*; 82: p.249 - 281.
- Holland, D. E., et al. (2003). Prospective evaluation of a screen for complex discharge planning in Hospitalized adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 51 (5) p. 678-682.
- Holland, J.C. (1989). Now we tell but how well? *Journal of Clinical Oncology*, 7,
- Im, E. O. e Meleis, A.I. (1999). A situation specific theory of menopausal transition of Korean immigrant woman. *Image Journal of Nursing Scholarship*. 31. p. 333-338
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra. Formasau.
- International Council of Nurses. (2002). Nurses always for you: caring for families. Geneva: ICN
- Jackson, M.F. (1994). Discharge planning: issues and challenges for gerontological nursing: a critique of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. 19 (3) p. 492-502
- Jewell, S.E. (1993). Discovery of the discharge process: a study of patient discharge from a care unit for elderly people. *Journal of Advanced Nursing*. 18 (8) p. 1288-1296
- Joël, M-E. (2001). *L'Europe de la dépendance* - In J. Chabert, B. Ennuyer, D. Grunwald, C. Gucher, P. Haehnel e M-È. Joël, *Vivre au grand âge: angoisses e ambivalences de la dépendance* Paris: Éditions Autrement, p. 171-189.
- Karla, L., Evans, A.; Perez, I.; Melbourn, A.; Pate, A.; Knapp, M.; Donalson, N. (2004). Training carers of stroke patients: randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 328. (7448). p. 1099-1104
- Kèrouac, S. (1994). *La pensée infirmière. Conceptions et stratégies*. Québec. Maloine. Éditions Études Vivantes
- Kerr, S.M. e Smith, L.N. (2001). Stroke: an exploration of the experience of informal caregiving. *Clinical Rehabilitation*. 15 (4) p. 428-436.

- Kralik, D. (2002). The quest for ordinariness: transition experienced by midlife women living with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 39, (2), p. 146 - 154
- Kralik, D., Visentin K., Van Loon, A. (2005). Transition: a literature review. Journal Compilation. *Journal of Advanced Nursing*, 55, (3), p. 320-329
- Kubler-ross, E. (2008). *Acolher a morte. Uma maravilhosa mensagem de esperança para todos os que perderam alguém próximo*. 1ª Edição. Estrela Polar.
- Lage, M. I. G. de S. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo Do impacte do cuidado no prestador de cuidados*. Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto Portugal.
- Laham, C. F. (2003). *Perceção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar*. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, tese de mestrado.
- Leininger, M. (1991). Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: *National League for Nursing*, 1991, 160 p.
- Loukissa, D.A. (1995). Family burden in chronic mental illness: a review of research studies. *J. Adv. Nurs.*, 21 (2). P.248-255
- Maramba, P. J., Richards, S. e Larrabee, J.H. (2004). Discharge planning process. Applying a model for evidence-based practice. *Journal of Nursing Care Quality*. 19 (2) p. 123-129.
- Martins, J. P. (2003). *Programação da alta hospitalar do idoso, um contributo para a continuidade dos cuidados*. Porto: Instituto de Ciências Abel Salazar. Tese de Mestrado
- Martins, M. M. M. (2002). *Uma crise acidental na família. O doente com AVC, processos familiares/aceitação/dependência*. Formasau e Saúde, Lda, Coimbra
- Martins, T. Ribeiro, J. L. e Garrett C. (2004). Questionário de avaliação da sobrecarga do prestador de cuidados (QASCI) – reavaliação das propriedades psicométricas. *Revista referência* nº11, Março
- Mcbride, R.C. (1995). An audit of current discharge planning arrangements and their effectiveness on elderly care wards and community nursing services together with aspects of client satisfaction. *Journal of Nursing Management*. 3 (1) p.19-24.
- Meleis, A. I. (1991). *Theoretical nursing development and progress*. 2ª ed, Philadelphia J B Lippincott
- Meleis, A. I. (1997). *Theoretical Nursing: Development and Progress* – 3ª ed., J.B. Linppincott Company, Philadelphia, cap. 4, p. 49 - 69



- Meleis, A. I. (2010). Theoretical development of transitions. Role insufficiency and role supplementation: a conceptual framework. In: Meleis, A. I. – Transitions theory. Middle. Springer Publishing Company. p. 13-24
- Meleis, A. I. e Trangenstein, P.A. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. 42 (6) p. 255-259. Disponível on-line em: <http://search.epnetcom/login.aspx?> Acedido em 10/12/2005
- Meleis, A. I.; Sawyer, L.M.; IM, E.; Messias, DeA. K. H. e Schumacher, K. L.; (2000). Transitions Theory. In: Meleis, A. I. (2010) – Transitions theory. Middle. Springer Publishing Company. p.52-65
- Meleis, A.I., Sawyer, L.M., IM, E.O., Messias, A.K.H. e Schumacher K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1) p. 12-28.
- Messias, D.K.H. (2004). *Transiciones: teorías de Rango Medio*. Colombia: Universidade de la Sabana
- Mistiaen P., Duijnhouwer E., Wijkel D., DeBont M. e Veeger A. (1997). The problems of elderly people at home one week after discharge from an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*. 25 (6) p. 1233 - 1240.
- Morris, J. (1993). *Independent Lives: community care and disabled people*. London: Macmillan.
- Morrison, P. (2001) - *Para compreender os doentes*. Lisboa: Climepsi
- Morse, J. M., Solberg, S.M., Neander, W.L., Bottorff, J.L. e Johnson, J.L. (1990). Concepts of caring and caring as a concept. *Advances in Nursing Science*, 13 (1), p.1-14
- Morse, J.M., Anderson, G. e Bottorff, J.L. (1992). Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice? *Journal of Nursing Scholarship*. 24 (4) p. 273-280.
- Ndaba-Mbata, R. D. and Seloilwe, E. S. (2000). Home-based care of the terminally ill. in Botswana: knowledge and perceptions. *International Nursing Review*, 47: 218–223.
- Neno, R. (2004). Spouse caregivers and the support they receive: a literature review. *Nursing older people*, 16, p. 14-15.
- Newcomer, R., Graham, C.G., Sotelo, E. e Anderson, L. (2004). Nursing home transition: implementing the program providing assistance to caregivers in transition (PACT).
- Newman, M. A. (1990). Newman`s theory of health as praxis. *Nursing Science Quarterly*, 3, p. 37-41
- Norris, C.M. (1979). Self-care. *American Journal of Nursing*, 3, 486-489

- O'Brien, R. (1998). An overview of the methodological approach of action research. Disponível on-line em: <http://www.web.net/~robrien/papers/arfinalhtml>. Acedido em 06/06/2005.
- Oliveira, A. e Pimentel, F. (2005). O desempenho dos cuidados informais na avaliação da qualidade de vida nos doentes oncológicos. *Psicologia, Saúde e Doença*, 7 (2) p. 211-219
- Orem, D. (1995). *Nursing: concepts of practice*. 5ª Ed. St. Louis. Mosby Year Book.
- Parker, S.G. (2002). A systematic review of discharge arrangements for older people. *Health Technology Assessment*. NHS ReD HTA Programmed 6 (4).
- Parse, R. R. (1989). Essentials for practicing the art of nursing. *Nursing Science Quarterly*, 2, 111
- Patrik M., Anneke I. F. e Else, P. (2007). Intervention aimed at reducing problems in adult discharge from Hospital: a systematic meta-review. *BMC Health Services Research*, 7:47 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/47>
- Paúl, C. (1996). *Psicologia dos idosos: o envelhecimento em meios urbanos*. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina
- Pereira, I. C. B. F. (1995). *Manifestação das intervenções de cuidar independentes e interdependentes em enfermagem*. Tese de mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.
- Petronilho, F. A. S. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra. Formasau. 216 p.
- Portugal – Ministério da saúde – Decreto - Lei nº 101/2006. Rede nacional de cuidados continuados integrados. Diário da República 1ª Série, (109), 6 de Junho de 2006, p.3856-3865. Disponível on-line em: [http://www.adse.pt/document/Decreto\\_Lei\\_101\\_2006.pdf](http://www.adse.pt/document/Decreto_Lei_101_2006.pdf) Acedido em 20/6/2008
- Portugal - Ministério da Saúde. Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da Atividade da Rede Nacional de Cuidados Integrados em (2008). Abril em: <http://www.mcci.min-saude.pt> acedido 24-08-2009
- Portugal, Instituto Nacional de Estatística (2009). Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. I.P., Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.
- Portugal, Instituto Nacional de Estatística (INE) Censo 2001 – Projecções de População Residente, segundo sexo e grandes grupos etários, Portugal NUTS III (NUTS 2001), 2000-2005 CENÁRIO BASE
- Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, V.II – Orientações estratégicas

- Potter, P. A. e Perry, A.G. (2006). *Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos*. (5ª ed.) Loures: Lusociência.
- Rittman, M., Faircloth, C. e Boylstein, C. (2004). The experience of time in the transition from Hospital to home following stroke. *Journal of Rehabilitation Research e development*. 41 (3) p.
- Robinson, L., Francis, J. (2005). Caring for carers of people with stroke: developing a complex intervention following the Medical Research Council framework, <http://web19.epnetcom/resultlist.asp?> Acedido em 12/08/2005
- Rolim, C. e silva M. (2002). *O papel do enfermeiro e do cuidador na descodificação do processo de internação*. Disponível on-line em: <http://www.Pronep.com,br> Acedido em 1/11/2008
- Roper, N. Logan, W.W. e Tierney, A.J (1996). *The elements of nursing: a model for nursing based on a model of living*. 4ª ed. Edimburgh: Churchill Livingstone
- Rosa, J. C. e Basto, M. L. (2009). Necessidade e necessidades. Revisitando o seu uso em enfermagem, *Pensar Enfermagem*, Vol. 13, nº1
- Roy, C. (1997). Future of the Roy adaptation model: Challenge to define adaptation. *Nursing Science Quarterly*, 10 (1). P. 42-48
- Salvage, A.V. (1996). *Qui prendra soin d'eux? Perspectives d'aide familiale aux personnes âgées dans l'Union Européenne*. Luxembourg : Fondations l'amélioration des conditions de vie e de travail
- Santos, P. A. (2005). *O familiar cuidador em ambiente domiciliário. Sobrecarga física, emocional e social*. Monografia elaborada no âmbito da dissertação apresentada para obtenção de grau de mestre do Curso de Mestrado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, Portugal
- Savundranayagam, M. Y.; Hummert, M. L. e Montgomery, R. J.V. (2005). Investigating the effects of communication problems on caregiver burden. *Journal of gerontology: Social Sciences*. 60b, nº, p. 48-55
- Schumacher, K.L., Stewart, B.J. e Archbold, P. G. (1998). Conceptualization and measurement of doing family caregiving well. *Journal of Nursing Scholarship*, 30 (1), p. 63-69
- Shyu, Y. L. (2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from Hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*. 32 (3) p. 619-625.
- Sidani, S. (2011). *Self-care*. In: DORAN, M. Diane – *Nursing outcomes*. Ed Learning. The states of the science. University of Toronto. Canada
- Silva, A.A.P. (2001) - *Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Tese de doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto. Portugal

- Sousa, P.A.F. (2005). *O sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo*. Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto, Portugal
- Spradley, B.W. (1981). *Community health Porto. nursing: Concepts and practice*. Boston: Little, Brown
- Streubert, H. e Carpenter, D.R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem. Avançando o imperativo humanista*. (2ª ed.) Loures: Lusociência
- Tomey, A. M. e Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra. (Modelos e teorias de enfermagem)*. Loures. Lusociência. Edições técnicas e científicas Lda. 750 p.
- Triantafillou, J., et al. (2010). Informal care in the long-term care system. *European Overview Paper*. Interlinks. p. 67. Disponível on-line em: [http://www.euro.centre.org/data/1278594816\\_84909.pdf](http://www.euro.centre.org/data/1278594816_84909.pdf). Acedido em 27/02/2011
- Úbeda, I., Roca M.e García V. L. (1997). Presente y futuro de los cuidados informales. *Enfermería Clínica*; 8(3): 116-120
- Verissimo, C.M.F. e Moreira, I.M.P. (2004). Os cuidadores familiares - informais: cuidar do doente idoso dependente em domicílio. *Pensar Enfermagem*. 8 (1) p. 60-65
- Walsh, S.M., Estrada, G.B. e Hogan, N. (2004). Individual telephone support for family caregivers of seriously ill cancer patients. *Medsug Nursing*. 13 (3) p. 181-189.
- Watson, J. (1985). *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boulder co: Colorado Associated University Press, 23-35
- Wilcox, V. kasl, S. e Berkman, L. (1994). Social support and physical disability in older people after Hospitalization: a prospective study. *Health Psychology*, nº13, (2), p. 170-179
- Wiles, R., Pain, H., Buckland, S. e Mclellan, L. (1998). Providing appropriate information to patients and carers following a stroke. *Journal of Advanced Nursing*. 28 (4) p. 479-488.
- World Health Organization (2002). *Lesson for Long-Term Care Policy. The cross-clusters initiative on long-term care*. Genève: WHO
- Wyller, T. B. e Kirkevold, M. (1998). How does a cerebral stroke affect quality of life? Towards and adequate theoretical account. *Disability and Rehabilitation*, <http://web19.epnetcom/resultlist.asp>? Acedido em 12/8/2005

## **CAPÍTULO 2: METODOLOGIA**

---

Toda a investigação é um processo que tem por fim gerar conhecimento. Este capítulo apresenta os pontos de vista teóricos e as opções metodológicas que orientaram o trabalho empírico. Tendo em conta a definição da problemática, procurámos descrever e fundamentar as opções tomadas ao longo do percurso de investigação, relativamente às técnicas e métodos adotados. A metodologia é um processo heurístico que conduz a um determinado produto de investigação, sendo uma atividade crítica que se aplica aos diversos produtos e processos de pesquisa (Almeida, 1997). A problemática, tal como foi apresentada, e os objetivos traçados, conduziram-nos a uma estratégia metodológica centrada na investigação-ação, descrevendo as diferentes etapas do processo desenvolvido.

Apresentamos as técnicas e instrumentos de recolha de dados, dos quais se especifica: a análise documental retrospectiva das notas de enfermagem, efetuadas pelos enfermeiros nos processos clínicos referentes às intervenções com os MFPC; a análise do conteúdo das entrevistas aos enfermeiros; a análise do conteúdo das entrevistas aos MFPC durante o internamento hospitalar e após o regresso a casa da pessoa dependente no autocuidado; as notas de campo referentes às interações desenvolvidas; análise dos dados referentes ao IADMFP. Descrevemos ainda as técnicas de tratamento e análise dos dados, especificando o método de análise das comparações constantes de Strauss e Corbin (1990).

### **2.1 INVESTIGAÇÃO-AÇÃO: EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO**

O conceito de investigação-ação (IA) surgiu na década de quarenta nos Estados Unidos, com o psicólogo social alemão Kurt Lewin (1946). Com este trabalho, Lewin pretendia resolver problemas práticos, usando os investigadores como agentes de mudan-

ça, em colaboração direta com as pessoas, a quem se destinavam as propostas de intervenção (Bogdan e Biklen, 1994; Pazos, 2002; Gauthier, 2003). Lewin (1946) propôs um modelo de pesquisa-ação baseado em ciclos de espirais autorreflexivos. O autor inspirou diferentes trabalhos de IA, embora a adesão a esta metodologia se tenha processado lentamente.

A IA é uma metodologia que tem um duplo objetivo: de investigação e de ação. Enquanto metodologia de investigação, está orientada para melhorar a prática e estudar sistematicamente os efeitos da ação desenvolvida (Elliot, 1997; Streubert, Carpenter, 2002). Nas últimas décadas, Argyris e Schön (1978) foram os principais autores a desenvolver o conceito de IA enquanto abordagem científica, na qual o investigador gera um novo conhecimento acerca do sistema social, ao mesmo tempo que se esforça por mudá-lo. A IA é assim um processo sistemático e continuado de pesquisa e transformação, pelo qual o conhecimento se constrói, na ação e para a ação (Caetano, 2004).

A investigação-ação consiste na recolha de informação sistemática, com o objetivo de promover mudanças sociais (Kemmis, 1993; Bogdan e Biklen, 1994). Enquanto modelo de investigação, possibilita que se gerem condições de aprendizagem e análise da realidade, com a intencionalidade manifesta de se tomarem decisões para a mudança. Ao mesmo tempo, possibilita o desenvolvimento de uma atitude de reflexão crítica (Sousa, 2005). Ao estudar um contexto particular da prática, para identificar problemas ou áreas que necessitem de mudança, encontram-se soluções que se tentam implementar no contexto do problema. Nesta lógica, o investigador avalia sistematicamente o processo, bem como os resultados da mudança, para ter a certeza de que esta teve o efeito desejado.

A mudança, segundo Guskey (1985), constitui um processo que envolve uma melhoria qualitativa (Watzlawick, Weakland e Fisch, 1975; Watzlawick, 1978), descontinuidades, aprendizagens (Argyris, Schön, 1974) e também transformações espaciais e temporais, que correspondem a novos entendimentos e novos modos de perspetivar o próprio processo de mudança. Hopkins, Ainscow e West (1994) destacam os processos de mudança dos indivíduos ao nível do pensamento e da ação. As pessoas desenvolvem hábitos e crenças ao longo da vida, tal como as organizações desenvolvem ideologias e

pontos de vista. Hedberg (1981) considera que existem determinados aspetos que influenciam a aprendizagem individual nas organizações, sendo estes: hábitos e símbolos condutores das tradições e normas organizacionais que ajudam a perpetuar os padrões sociais de aprendizagem; mitos e sagas organizacionais, que funcionam como memórias a longo prazo da organização, sendo a partir destas que as estratégias e as explicações para os acontecimentos se baseiam; sistemas sociais, incluindo a cultura dos gestores e dos diferentes grupos profissionais afetando as aprendizagens que sucedem nas organizações.

Como refere Hedberg (1981, p. 6), *“os membros das organizações entram e saem, os líderes mudam, mas as memórias das organizações preservam alguns comportamentos, normas, mapas mentais e valores ao longo dos tempos”*. Isto faz com que existam determinados aspetos que influenciam a aprendizagem individual nas organizações e que vão, simultaneamente, transmitir os comportamentos organizacionais aos novos membros. No entanto, a aprendizagem organizacional é um fenómeno sinérgico, onde a aprendizagem individual contribui para a aprendizagem organizacional. As organizações só conseguem aprender pelas experiências e ações dos indivíduos. Os indivíduos *“são a chave da aprendizagem organizacional, porque é a partir dos seus pensamentos e ações que se processa a aprendizagem das organizações”* (Argyris, 1995, p.26), ou seja, não existe aprendizagem organizacional sem aprendizagem individual.

Os profissionais implicados num estudo de investigação-ação tornam-se mais comprometidos com a mudança desejada, estando, assim, mais dispostos a incluir a mesma na sua prática. A mudança, ao ter por objetivo melhorar a vida das pessoas, pode pôr em conflito as suas crenças, estilos de vida e comportamento (Sanches, 2005). Para que essa mudança seja efetiva, é necessário compreender a forma como as pessoas vivenciam a situação; e implicá-las na mudança dessa situação exige uma dinâmica de ação/reflexão/ação contínua e sistemática, no sentido da resolução do problema. O papel do investigador centra-se na transferência de conhecimentos ao grupo, que é sujeito e objeto da investigação e ajuda-o a esclarecer a sua própria prática e as suas relações com o resto do sistema social (Sousa, 2005). Segundo Streubert e Carpenter (2002), a investigação-ação leva à

criação de conhecimento prático, dado que este se relaciona diretamente com problemas e preocupações específicas de um contexto.

### **2.1.1. Características fundamentais da investigação-ação**

A investigação-ação é um processo cíclico que envolve um conjunto de etapas: diagnóstico de uma determinada área problemática, desenvolvimento de um plano de ação, implementação do plano e avaliação dos seus efeitos na prática (Nolan, Grant, 1993). Este é um processo dinâmico que implica um ciclo entre a análise, o planeamento, a ação, a reflexão e a avaliação (Streubert e Carpenter, 2002). São apontadas quatro características fundamentais na investigação-ação (O'Brien, 1998; Streubert e Carpenter, 2002).

- A procura de soluções para problemas da prática
- A colaboração entre os investigadores e os profissionais
- A implementação de mudanças na prática
- E o desenvolvimento de teoria

Um dos objetivos da investigação-ação é, assim, encontrar soluções para os problemas da prática, através da identificação, implementação e avaliação do sucesso das mudanças identificadas. Susman e Evered (1978) apresentam as seguintes características no método de investigação-ação que o legitimam enquanto abordagem epistemológica e metodológica:

A investigação-ação é orientada para o futuro, na medida em que perspetiva contextos mais favoráveis às pessoas;

A investigação-ação implica o desenvolvimento de sistemas, na medida em que o processo de investigação encoraja o desenvolvimento de competências de um sistema para facilitar, manter e regular o processo cíclico de diagnosticar, planear, implementar e avaliar;

A investigação-ação gera teoria fundamentada na prática, na medida em que desde o diagnóstico à ação a teoria orienta todas as etapas e avalia as consequências nos participantes e na organização;

A investigação-ação não perfilha crenças, uma vez que os objetivos, o problema e os métodos de investigação são induzidos pelos processos e contextos em estudo;

A investigação-ação é situacional, na medida em que se baseia na compreensão de como os participantes definem as situações atuais e planeiam ações para se obterem determinados resultados.

A investigação-ação é colaborativa, na medida em que a condução do processo de investigação é da responsabilidade do investigador e dos participantes (desde o diagnóstico à sua implementação).



No entanto, o nível de colaboração entre o investigador e os participantes pode variar de estudo para estudo, e também com as concepções filosóficas e objetivos do investigador, sendo estes:

A abordagem colaboração técnica, na qual o investigador vai testar uma intervenção particular baseada num enquadramento teórico previamente definido. O investigador define o problema e a pesquisa e, através de procedimentos ordenados e científicos de resolução de problemas, procura construir uma teoria com propósitos práticos. Este é um modelo paradigmático usado por Lewin (1946) que inspirou alguns estudos de investigação-ação em enfermagem, como os levados a cabo por Meyer (1995) e Wallis (1998).

A abordagem colaboração mútua, em que o investigador e participantes identificam em conjunto os problemas, as suas causas potenciais e as intervenções possíveis, e planeiam em conjunto a mudança; exemplo deste tipo de abordagem é a investigação realizada por Figueiredo (2002);

A abordagem revalorizadora (empowerment), em que o investigador ajuda os participantes a refletir criticamente sobre a sua prática. Exemplo deste tipo de abordagem é a investigação realizada por Silva (2001) na sua tese de doutoramento. Este tipo de abordagem vai para além da pesquisa dos sentidos interpretativos das ações pelos próprios práticos, e da sua transformação por via dessa reflexão prática. Visa a organização de uma ação que equipa os práticos com diferentes *skills* discursivos, analíticos e concetuais, que permite a reconstrução de situações de ação (Kincheloe, 1993). O investigador assume o papel de moderador externo. Este ajuda a problematizar e modificar as práticas, e a identificar e desenvolver os seus auto-entendimentos. As responsabilidades pela mudança são assumidas em conjunto. A estratégia seguida por Silva (2001) orienta-se pelos princípios apresentados no modelo II de Argyris e Schön (1982), dos quais se salienta a criação de um ambiente onde os participantes exprimem sucesso e controlo sobre a situação, ao experimentarem escolhas livres e ao se vincularem com as situações; ao terem o controlo partilhado do processo e a proteção individual de cada participante.

Centrámo-nos no terceiro nível de colaboração, pois este permitiu-nos a abordagem que mais se enquadrava no espírito do paradigma sócio-crítico, na medida em que se desenvolveu num ambiente de maior colaboração social, preconizando deste modo a mu-

dança. Numa primeira fase, pretendemos ajudar a identificar os problemas, no âmbito da prática de enfermagem, no sentido de posteriormente ser planeada a mudança. Ao longo do desenvolvimento do estudo, ajudámos os participantes a refletirem criticamente sobre a sua própria prática.

## **2.2. SELEÇÃO DA METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO-AÇÃO**

Estudos provam que os enfermeiros são portadores de saberes que adquirem ao longo da vida e especificamente no seu contexto de trabalho, através da experiência da reflexão sobre a prática e das aprendizagens formais e informais (Abreu, 1994; Costa, 1998; Silva, 2001; Sousa, 2005; Pereira, 2007; Bártolo, 2007). A investigação-ação, sendo uma metodologia útil nos ambientes atuais em que as mudanças nos cuidados de saúde são rápidas, pode fornecer mecanismos para mudar a prática e, simultaneamente, permitir avaliar o sucesso da mudança. Os profissionais poupam tempo e energia na implementação e avaliação simultânea da mudança, havendo um comprometimento no desafio de fazer com que a mudança funcione. A investigação-ação pode ser um método eficaz de implementação da mudança no ambiente de cuidados de saúde.

Escolhemos a metodologia da investigação-ação porque pensámos que, com ela, os enfermeiros podiam modificar a prática. Ao termos por finalidade melhorar a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros face ao exercício do papel dos MFPC, foi porque acreditámos que a finalidade do projeto se poderia desenvolver à medida que o estudo fosse progredindo (Streubert e Carpenter, 2002). Pretendíamos, assim, que os enfermeiros da prática revelassem o conhecimento e a compreensão das nuances da prática, tal como a exerciam (Streubert e Carpenter, 2002).

A investigação-ação, ao partir de uma estratégia de atuação, pode ajudar os profissionais a serem mais reflexivos e intervenientes no seu contexto, tornando-se os promotores de práticas mais pertinentes, oportunas e adequadas às situações e respetivo contexto. Ao assumirmos em conjunto a responsabilidade pelas mudanças efetuadas, monitorizámos o caminho percorrido, avaliámos o impacto das mudanças introduzidas no modelo de exercício profissional focado nos

MFPC, decidindo, assim, sobre as diferentes etapas do processo de investigação. Deste modo a investigação-ação, ao ser entendida como um dispositivo de vaivém entre investigação e ação, possibilitou que os saberes construídos sobre e na ação fossem reinvestidos nessa ação (Caetano, 2004). Este processo foi primordial para a compreensão, a orientação/regulação e a transformação da ação. A ação foi, assim, objeto ou resultado, na medida em que ora comandou a investigação, constituindo-se como prova, ora foi teste de diagnóstico onde se avaliaram outras ações, ora se transformou como efeito da investigação (Caetano, 2004). A investigação-ação correspondeu a um processo de investigação sistemático e em espiral, de vaivém entre processos de observação/reflexão e de ação (Carr e Kemmis, 1986). Desta forma, entendemos a investigação-ação como um processo sistemático de pesquisa e transformação, onde o conhecimento se estruturou na ação e se construiu na ação e para a ação. Apresentamos assim o contexto do estudo e os aspetos de natureza metodológica que conduziram ao processo de mudança.

### **2.2.1. Contexto do estudo**

Os critérios utilizados para seleccionar o hospital tiveram por base ser a instituição onde, no início da carreira profissional, tivemos o privilégio de trabalhar. Após entrevista com a enfermeira diretora, questionámos se faria sentido este projeto e em que serviço este poderia ter utilidade. Foi-nos sugerido um serviço de internamento, para nós desconhecido, no entanto, após contacto com a enfermeira chefe e diferentes elementos da equipa de enfermagem, estes mostraram-se interessados em melhorar a qualidade do modelo de exercício profissional em uso, relativamente às intervenções de enfermagem promotoras de transições saudáveis dos MFPC para o exercício do papel.

O serviço prestava assistência a pessoas internadas por doenças do foro respiratório, com exceção da tuberculose. Integrava (à altura, Janeiro de 2007 a Agosto de 2009) uma Unidade de Pneumologia Geral e ainda uma Unidade de Oncologia Pneumológica (UOP). O serviço era dotado de 30 camas (mais quatro camas suplementares), distribuídas por onze salas, (oito salas com duas camas e três salas com seis camas), ficando cada enfermeiro com a responsabilidade

de prestar cuidados a um número de pessoas internadas, variando entre seis a oito no turno da manhã; onze a doze no turno da tarde; e dezasseis pessoas no turno da noite.

Os episódios de doença que levaram ao internamento das pessoas neste serviço foram variados, embora as situações de neoplasia do pulmão, insuficiência respiratória e infeções respiratórias tomassem a primazia das pessoas que se apresentavam dependentes no autocuidado. Verificámos múltiplos internamentos de pessoas por descompensação da doença crónica, sendo a maioria pessoas idosas. As pessoas internadas apresentavam, assim, uma alta probabilidade de readmissões associadas: à doença crónica; à incapacidade; à alta medicalização; ao alto risco para crises na saúde; requerendo cuidados de enfermagem em casa, com custos elevados com os cuidados de saúde, como definiram Holland, Harris, Pankratz, Closson, Matt-Hensrud e Severson (2003), o que justifica o envolvimento dos MFPC no sentido da preparação para o papel de prestador de cuidados. Este era um serviço onde, por norma, os enfermeiros não tinham por hábito envolver os familiares na preparação do regresso a casa da pessoa dependente no autocuidado. Não existia uma sistematização, relativamente ao processo, que favorecesse o envolvimento dos prestadores de cuidados no planeamento do regresso a casa (Heaton, Hilary e Sloper, 1999), de modo a que o MFPC pudesse participar no processo de tomada de decisão, tendo em conta o plano terapêutico (Closs e Tierney, 1993).

Após autorização da Direção de Enfermagem, o projeto foi apresentado aos profissionais nas reuniões de passagem de turno, permitindo não só a sua divulgação, mas o início da reflexão acerca da necessidade de mudança. A investigação-ação iniciou-se, assim, com o diagnóstico da situação. O processo progrediu para o planeamento da mudança, seguindo-se a implementação e a avaliação. Ao longo do processo, o grupo organizou-se temporalmente num ciclo de investigação, utilizando as fases gerais de identificação, planeamento, ação e avaliação (Pazos, 2002; Gauthier, 2003).

### **2.2.2. Participantes do estudo**

Os participantes do estudo foram todos os enfermeiros que, no período em que decorreu o trabalho de investigação, constituíram a equipa de enfermagem do serviço. Participaram também na fase de diagnóstico da situação e na fase de implementação da mudança, MFPC de pessoas dependentes no autocuidado internadas no serviço. Os critérios de inclusão dos participantes no estudo foram os seguintes:

- Todo o enfermeiro que aceitasse participar na identificação do problema, no planeamento, na implementação e na avaliação de um plano de preparação do regresso a casa dos MFPC de pessoas dependentes no autocuidado.
- Ser membro da família de uma pessoa dependente no autocuidado internada neste serviço no período em análise, sendo este o prestador de cuidados após o regresso da pessoa a casa;
- Consentirem participar no estudo.

#### Participantes enfermeiros

Participaram no estudo dezanove (19) enfermeiros (dos vinte enfermeiros que constituíam a equipa de enfermagem no início do estudo). Um dos enfermeiros decidiu não participar no momento da primeira entrevista, colaborando pontualmente na identificação das pessoas dependentes no autocuidado e respetivos MFPC, referindo a possibilidade de maior envolvimento na fase correspondente à implementação da mudança. A média de idades dos enfermeiros no início do projeto foi de 36 anos, sendo quinze (15) enfermeiros do sexo feminino. No final do ano de 2007, aposentaram-se dois (2) enfermeiros e ingressaram três (3) enfermeiros recém-licenciados (Quadro 1). Dois (2) dos enfermeiros (incluindo a enfermeira chefe) possuíam formação especializada no final de 2009. O segundo elemento adquiriu a formação durante o período em que decorreu o estudo. Três (3) enfermeiros concluíram o Mestrado e um (1) aguardava a discussão da dissertação de Mestrado.

Ao longo do trabalho, identificámos os enfermeiros com a letra E (correspondente à designação de enfermeiro), seguida de um número correspondente à ordem de participação nas entrevistas (ex: E21) ou da participação nas reuniões que efetuámos ao longo do processo, pas-

sando a adotar a seguinte designação: E21 R. diag (enfermeiro 21 reunião de diagnóstico); E21 R. plan (enfermeiro 21 reunião de planeamento); E21 R. av (enfermeiro 21 reunião de avaliação); E21 R. av final (enfermeiro 21 reunião de avaliação final).

**Quadro 1 - Caracterização dos enfermeiros**

Características da equipa	Início 2007	Fim 2009
Média idades dos enfermeiros	36	31
Sexo feminino	15	16
Sexo masculino	5	5
Enfermeiro chefe	1	1
Enfermeiro especialista	1*	2*
Enfermeiro graduado	10	8
Enfermeiro	9	11
Total enfermeiros	20	21

Nota: a enfermeira chefe\* possui formação especializada

### Participantes MFPC

Participaram na fase de identificação do problema dezassete (17) MFPC. Na primeira fase do estudo, a média de idade dos MFPC foi de 65 anos, sendo onze (11) cônjuges femininos; três (3) cônjuges masculinos e três (3) filhas (Quadro 2). De realçar que apenas 18% eram do sexo masculino. Numerámos os MFPC de acordo com a ordem de participação nas entrevistas - ex: MFPC1. Na fase de implementação participaram 91MFPC, no sentido do desenvolvimento da qualidade do exercício do papel de prestador de cuidados, conscientes de que a investigação-ação, não sendo um processo fácil de implementar, requeria a colaboração de todos os implicados, bem como o dispêndio de tempo e energia. Com esta metodologia, pretendíamos criar melhorias que fossem duradouras a nível do exercício profissional dos enfermeiros, face ao papel de prestador de cuidados a exercer pelos MFPC. Não tendo por objetivo fornecer linhas metodológicas rigorosamente prescritivas, apresentamos as etapas percorridas do processo cíclico: o diagnóstico, o planeamento, a ação, a reflexão e a avaliação (Gauthier, 2003).

### 2.2.3. Primeira fase – diagnóstico da situação

A primeira fase do estudo foi guiada por duas questões de partida, orientadas para a identificação do problema e das oportunidades de desenvolvimento (Quadro 2): a primeira questão, dirigida para os desafios colocados pelo exercício do papel e os fatores que dificultaram, na perspectiva dos MFPC, as transições saudáveis; a segunda questão orientada para a caracterização do modelo profissional em uso, de forma a poderem ser identificadas as áreas susceptíveis de mudança. Este período decorreu de Janeiro de 2007 a Outubro de 2008.

**Quadro 2 – 1ª Fase - Identificação do problema**

Momentos	Objetivos	Instrumento e técnicas	Questões orientadoras	Atividades
<b>Identificação do problema</b>  <b>(Janeiro de 2007 a Outubro de 2008)</b>	<p>Criar sinergias no grupo dos enfermeiros no sentido de facilitar a caracterização do modelo profissional em uso</p> <p>Partilhar o modelo em uso</p> <p>Promover a reflexão sobre as intervenções de enfermagem promotoras das transições saudáveis</p> <p>Ajudar a clarificar as áreas suscetíveis de mudança no âmbito do processo de preparação do regresso a casa</p>	<p>Entrevistas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>MFPC: no Hospital e um mês após o regresso a casa da pessoa dependente no autocuidado</li> <li>Enfermeiros</li> </ul> <p>Notas de campo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reuniões enfermeiros</li> <li>Notas de campo das interações observadas</li> </ul> <p>Registos das notas de evolução</p> <p>Método de comparações constantes (Strauss, Corbin;1990), uso do software Nvivo 7®</p>	<p>- Qual é a percepção dos MFPC relativamente aos desafios colocados pelo exercício do papel?</p> <p>- Como é que os enfermeiros constroem com os MFPC as intervenções facilitadoras da preparação do regresso a casa das pessoas dependentes no autocuidado?</p>	<p>Apresentação do projeto</p> <p>Envolvimento dos enfermeiros na identificação das pessoas dependentes no autocuidado e dos MFPC</p> <p>Programação de reuniões</p> <p>Transcrição das reuniões</p> <p>Transcrição das entrevistas e das reuniões com os enfermeiros</p>

Definimos como objetivos para esta parte do estudo:

- Caracterizar a percepção do MFPC relativamente aos desafios colocados pelo exercício do papel: durante o internamento hospitalar da pessoa dependente no autocuidado e um mês após o regresso a casa;

- Identificar os fatores que dificultaram, na perspectiva dos MFPC, a transição saudável para o papel de prestador de cuidados;
- Caracterizar a percepção dos enfermeiros sobre o modelo de exercício profissional em uso, relativamente às intervenções de enfermagem promotoras de transições saudáveis dos MFPC para o exercício do papel;
- Identificar oportunidades de desenvolvimento do modelo em uso, de forma a melhorar a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros face ao exercício do papel dos MFPC.

Tendo por base o propósito do estudo, desenvolvemos entrevistas, quer com os enfermeiros quer com os MFPC, no sentido de conhecermos como é que os MFPC vivenciavam a experiência de “ser prestadores de cuidados” de uma pessoa dependente no autocuidado, de modo a identificarmos os desafios colocados pelo exercício do papel e os fatores que facilitavam ou dificultavam as transições saudáveis. Ao mesmo tempo, procurámos compreender como é que os enfermeiros construíam com os MFPC as intervenções de enfermagem promotoras das transições saudáveis.

#### **2.2.3.1. Técnicas e instrumentos de recolha de dados**

Segundo O'Brien (1998), a investigação-ação é uma abordagem de resolução de problemas, permitindo o recurso a vários instrumentos e técnicas de recolha de dados como: entrevistas estruturadas e não estruturadas, diário de pesquisa; documentos, gravações de observação e questionários. O recurso a diferentes técnicas de recolha de dados, tendo em conta a natureza do fenómeno em estudo, teve como intenção diminuir ou compensar a deficiência de uma única estratégia aumentando assim a capacidade de interpretar os resultados (Polit e Hungler, 1995; Denzin, 1998)

Recorremos a entrevistas: dezanove (19) entrevistas semiestruturadas aos enfermeiros, dezassete (17) entrevistas semiestruturadas aos MFPC durante o internamento hospitalar e dez (10) entrevistas semiestruturadas aos MFPC um mês após o regresso a casa da pessoa dependente no autocuidado; análise documental (registos inscritos nas notas de enfermagem referen-



tes às intervenções de enfermagem dirigidas aos 17 MFPC); notas de campo das reuniões com os enfermeiros, das reuniões de passagem de turno e das interações observadas entre enfermeiro/pessoa dependente no autocuidado/MFPC no contexto de internamento hospitalar e MFPC/pessoa dependente no autocuidado em casa.

#### **2.2.3.1.1. Entrevistas semiestruturadas**

Após consentimento das entidades respetivas (Anexo I), e divulgação da finalidade do estudo no serviço, criámos sinergias no grupo dos enfermeiros, de modo a obtermos dados detalhados da situação, tal como tinham ocorrido antes da implementação da mudança. Atendemos aos trâmites ético-legais da realização de uma pesquisa que envolve seres humanos, após obtenção do consentimento institucional do Hospital, assim como o parecer favorável da Comissão de Ética para o desenvolvimento da pesquisa (Anexo II) e dos participantes, no que se refere à livre participação e utilização dos dados, garantindo a privacidade e sigilo das informações obtidas (Anexo III).

A entrevista foi um processo de interação social, no qual o entrevistador teve a finalidade de obter informação do entrevistado através de um guião em torno de uma problemática central (Burgess, 1997). A entrevista, ao ser uma das estratégias mais utilizadas na IA e complementada pela observação, permitiu recolher dados sobre aspetos subjetivos das pessoas, como: crenças, atitudes, opiniões, valores ou acontecimentos, fornecendo o ponto de vista dos participantes e possibilitando a interpretação dos significados. Enquanto método, permitiu compreender a perspetiva que uma pessoa tinha sobre um determinado tema (Fontana, Frei, 1998), obtendo-se informação sobre o que os participantes pensavam e faziam, explorando o quê, o porquê e o como das opiniões e ações (Prieto e March, 2002).

As entrevistas aos MFPC surgiram como uma forma de ajudar a clarificar o modelo em uso, através das perceções dos desafios e identificação dos fatores que facilitaram ou dificultaram as transições saudáveis para o exercício do papel de prestador de cuidados. Como refere De la Cuesta (1999), a participação dos beneficiários da intervenção e dos enfermeiros é reveladora de referentes essenciais para a construção do processo de cuidados. Assim, com o obje-

tivo de caracterizar o modelo de exercício profissional em uso, construímos três guiões: um guião para a entrevista aos MFPC, durante o internamento hospitalar (Anexo IV), um guião para a entrevista aos MFPC, um mês após o regresso a casa da pessoa dependente no autocuidado (Anexo V), e um terceiro, para a entrevista a todos os enfermeiros do serviço (Anexo VI). Os guiões foram construídos com base no desejo de entender o modelo de exercício profissional em uso, isto é, compreender o que faziam, o como e o porquê de agirem de um determinado modo (enfermeiros/MFPC).

Os participantes tiveram a possibilidade de falar sobre as suas experiências, através do estímulo proposto pelo investigador. O entrevistador teve, ao longo da entrevista, alguma liberdade para colocar as questões segundo a direcção que considerou ser a adequada, explorando, de uma forma flexível e aprofundada, os aspetos mais relevantes para a investigação, podendo não ter seguido exatamente a ordem prevista no guião, sendo ainda possível a colocação de questões que não se encontravam no guião.

Em Janeiro de 2007, iniciámos as entrevistas aos MFPC das pessoas com dependência no autocuidado, quer durante o internamento, quer um mês após o regresso a casa. Seguiu-se um período de análise dos dados. Continuámos este processo de recolha e análise até Junho de 2007. Realizámos, ainda, dois outros períodos de recolha de dados junto dos MFPC, entre Junho e Julho e entre Outubro a Dezembro de 2007, em ambos os contextos, hospital e casa.

Dos dezassete MFPC que participaram neste estudo, sete acompanhavam pela primeira vez a pessoa dependente. Os restantes MFPC já conheciam o serviço devido a internamentos anteriores. As entrevistas aos MFPC durante o internamento decorreram entre o 6º e o 54º dia de internamento da pessoa dependente no autocuidado. O número de dias de internamento das pessoas dependentes no autocuidado oscilou entre o 8º e o 77º dia (média de dias de internamento: 29 dias). Após o regresso a casa, ocorreu o óbito de seis pessoas dependentes no autocuidado, não tendo sido realizada a segunda entrevista aos MFPC. Perdemos, também, o contacto com um dos MFPC, pelo que não realizámos o segundo momento de entrevista, a sete dos dezassete MFPC inicialmente previstos.

Durante este período, 19 enfermeiros colaboraram na identificação das pessoas dependentes e respetivos MFPC, que necessitaram de continuidade de cuidados em casa. Esta deci-

são teve em consideração o facto dos enfermeiros, durante os cuidados, desenvolverem uma relação privilegiada com as pessoas internadas e, em princípio, com os membros da família. Embora os enfermeiros conhecessem a pessoa dependente no autocuidado, nem sempre identificavam o MFPC. Esta informação nem sempre ficava registada no processo clínico da pessoa hospitalizada.

De Fevereiro a Novembro de 2007, decorreram as entrevistas aos enfermeiros. Com estas, pretendíamos caracterizar, na perceção dos enfermeiros, o modelo de exercício profissional em uso, relativamente às intervenções de enfermagem promotoras de transições saudáveis dos MFPC para o papel de prestador de cuidados, de modo a identificarmos as oportunidades de desenvolvimento do modelo em uso.

#### **2.2.3.1.2. Análise documental aos registos de enfermagem**

A análise qualitativa partilhou os princípios ontológicos e epistemológicos anteriormente descritos, assumindo o investigador a responsabilidade do seu papel interpretativo. Nesta fase, procedemos à análise da informação contida no documento *notas de enfermagem* dos processos clínicos das dezassete pessoas dependentes no autocuidado internadas no serviço. O objetivo foi identificar, nos registos de enfermagem, as intervenções de enfermagem promotoras de transições saudáveis para o exercício do papel de prestador de cuidados.

#### **2.2.3.1.3. Notas de campo das reuniões com os enfermeiros, das reuniões de passagem de turno e das interações observadas**

Patton (2002) refere que é necessário que os pesquisadores qualitativos sejam capazes de, junto dos participantes, capturarem com detalhe os acontecimentos, descreverem com precisão os cenários e as respostas dos participantes. Neste sentido, realizámos notas de campo, enquanto instrumento de recolha de observações e reflexões acerca dos problemas suscitados pelo modelo profissional em uso. Executámos notas de campo dos momentos em que tivemos opor-

tunidade de observar as interações enfermeiro-MFPC durante o internamento, mas também as interações MFPC-pessoa dependente no autocuidado em casa. As notas de campo foram escritas de acordo com Bogdan e Biklen (1994) em que, através da descrição, se pretendeu captar uma imagem por palavras do local, das pessoas, das ações, das conversas, ao mesmo tempo que se apresentaram as preocupações e reflexões. Assim, tomámos apontamentos, enquanto notas de campo, sobre o ambiente da pessoa entrevistada, a sua comunicação verbal e não verbal, o modo como promoviam os cuidados e o estado da pessoa a quem se dirigiam os cuidados. As notas de campo retiradas no momento da entrevista em casa aos MFPC foram importantes para identificar os cuidados e retratar o contexto em que estes eram promovidos e as dificuldades, por nós percebidas e validadas durante as entrevistas com os MFPC. As notas de campo, sendo um instrumento clássico na pesquisa qualitativa (Flick, 2005), foram um complemento importante a outros métodos de recolha de dados, como a análise documental e as entrevistas.

No decurso desta fase, assistimos às passagens de turno dos enfermeiros (turnos da manhã e da tarde), com o objetivo de identificarmos as intervenções de enfermagem comunicadas oralmente e que eram dirigidas ao prestador de cuidados - MFPC. Os dados emergentes do processo da análise do conteúdo das notas de campo foram utilizados nos diferentes capítulos, particularizando-se no Capítulo 6 - análise dos resultados, uma vez que serviram de suporte à interpretação dos resultados do estudo.

De Julho de 2008 a Setembro de 2008, e de acordo com o protocolo previamente definido (Anexo VII), dinamizámos reuniões com todos os enfermeiros orientadas para a identificação das oportunidades de desenvolvimento do modelo em uso, de forma a melhorar a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, tendo em conta a transição saudável para o papel de prestador de cuidados dos MFPC (Quadro 3), o qual designámos de diagnóstico da situação, seguindo as orientações de Thiollent (1998).

O objetivo destas reuniões foi:

- Consciencializar, clarificar e formular os problemas decorrentes do modelo de exercício profissional em uso, de modo a identificar as oportunidades de desenvolvimento conducentes à estruturação do PPRC dos MFPC das pessoas dependentes no autocuidado.

Com base na partilha dos resultados do estudo exploratório, os enfermeiros expressaram as preocupações, as crenças e as atitudes num ambiente de partilha, identificando as oportunidades de desenvolvimento no âmbito do processo de preparar o regresso a casa (PPRC), decorrentes dos modelos em uso. A partir daí, a equipa estruturou um plano de ação, detalhando a descrição da mudança, o processo de implementação e a avaliação.

**Quadro 3 – Datas das reuniões para identificar os problemas**

DATA RE-UNIÕES	OBJETIVO
26/6/2008	Reunião com os responsáveis do serviço (enfermeiro chefe e o 2º elemento) para: <ul style="list-style-type: none"><li>• Calendarizar as reuniões com os enfermeiros</li></ul>
2/7/2008 17/7/2008 15/10/2008 20/10/2008 22/10/2008	Reunião com diferentes elementos da equipa para: <ul style="list-style-type: none"><li>• Divulgar os resultados do estudo exploratório;</li><li>• Refletir sobre a prática de preparação do MFPC para regressar a casa com a pessoa dependente no autocuidado;</li><li>• Clarificar e formular os problemas que envolvem a preparação do regresso a casa.</li></ul>

#### **2.2.3.2. Método de análise das comparações constantes**

O método de análise das comparações constantes desenvolvido por Glaser e Strauss (1967) é, segundo Streubert e Carpenter (2002) e Bryant e Charmaz (2007), adequado para a análise dos dados qualitativos num estudo de investigação-ação, pois a intenção é acrescentar rigor e fiabilidade ao processo de formulação da teoria (Hale e Whitlam; 2000). Neste processo, Strauss e Corbin (1990) definiram três tipos de codificação: aberta, axial e seletiva. A codificação aberta consiste na “*decomposição, análise, comparação, conceptualização e categorização dos dados*” (Strauss e Corbin, 1990, p.61). Assim, na codificação aberta, os procedimentos usados centraram-se em colocar questões, fazer comparações, rotular e etiquetar. Tal como preconiza o método de análise das comparações constantes utilizado na Grounded Theory

(GT), iniciámos com as entrevistas que foram transcritas, e que nos permitiram passar à ordenação e análise das mesmas.

Após a análise de conteúdo à primeira entrevista, prosseguimos para a segunda entrevista. Em simultâneo, com o decurso das entrevistas, procedemos à ordenação e análise dos mesmos dados, conferindo sentido à recolha dos mesmos, tal como refere Strauss e Corbin (1990) e Streubert e Carpenter (1995). À medida que efectuávamos esta etapa, fomos tendo, mais uma vez, uma perceção global, seguida de uma análise mais pormenorizada e detalhada dos dados. Este período de colheita foi interrompido por períodos em que nos centrámos na análise pormenorizada dos dados colhidos, tal como foi focado anteriormente. À medida que a análise se foi desenvolvendo, exigiu um constante retorno aos dados. Neste processo de reformulação de questões, passámos de questões mais abertas para questões progressivamente mais focalizadas e orientadas. Foram todos esses dados que permitiram, numa primeira fase, a clarificação da problemática; na segunda fase, planear as mudanças; na terceira fase, implementar; e, na quarta fase, avaliar o impacte das mudanças introduzidas.

Finda a etapa da codificação aberta, iniciámos a codificação axial, através de um processo contínuo, utilizando memorandos e diagramas para auxiliar o desenvolvimento da codificação axial, ligando categorias e subcategorias. Segundo Strauss e Corbin (1990, p.218), o memorando pode abranger “...*notas de códigos, notas teóricas ou notas operacionais...*” variando em conteúdo, grau de conceptualização e extensão. De modo a serem facilmente consultados os memorandos referentes a cada entrevista, foram registados em campos específicos do programa Nvivo 7<sup>®</sup>. Quer os memorandos quer os diagramas foram utilizados para classificar, ordenar e avaliar o processo de análise.

Este foi um procedimento que permitiu especificar as categorias que emergiram da codificação aberta, em termos de um conjunto de condições que lhes deram suporte e precisão. Nesta etapa, ligámos as categorias às subcategorias construindo uma rede de relações. Estas determinaram as condições que possibilitaram a clarificação do problema em termos da sua ocorrência, quer em termos da sua perspetiva temporal e evolutiva, quer em termos dos fatores causais associados, quer ainda em termos das estratégias de ação e das suas consequências (Strauss e Corbin, 1990), determinando a necessidade de mudança dos enfermeiros. Por condições cau-

sais entendemos os eventos ou incidentes que induziram e influenciaram o PPRC, relatado no Capítulo 3, e que facilitaram ou dificultaram as transições para o exercício do papel.

#### **2.2.4. Segunda fase – planeamento da mudança**

Este período decorreu de Outubro de 2008 a Fevereiro de 2009. Foi uma etapa de análise e reflexão crítica, mas também de negociação entre os diferentes intervenientes do PPRC. Com base nos problemas identificados, foram definidas as atividades a desenvolver no âmbito do PPRC. As atividades planeadas contemplaram:

- Reflexão (em pequenos grupos e reuniões gerais para a tomada de decisão) em torno de melhorar a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros face ao desenvolvimento da qualidade do exercício do papel de prestador de cuidados dos MFPC;
- Construção do Instrumento de Avaliação das Dificuldades do MFPC (IADMFPFC);
- Construção de panfletos para orientação dos MFPC e revisão dos panfletos existentes (Quadro 4).

O plano de ação contemplou o papel dos diferentes atores na mudança, e que sistematizámos no Capítulo 4. Com base na perceção dos MFPC, relativamente aos desafios colocados pelo exercício do papel, assim como, da identificação dos fatores que dificultaram as transições saudáveis, os enfermeiros sugeriram a construção de um instrumento para avaliar as oportunidades de desenvolvimento dos MFPC, de modo a potenciarem o desenvolvimento das competências, tendo em conta o exercício do papel de prestador de cuidados.

**Quadro 4 – 2ª Fase - planeamento da mudança**

Momentos	Objetivos	Instrumentos e técnicas	Questões orientadoras	Atividades
<b>Planeamento da mudança (Fim de Outubro de 2008 a Fevereiro de 2009)</b>	<p>Identificar as atividades no âmbito do PPRC.</p> <p>Equacionar as etapas do processo de preparação do regresso.</p> <p>Identificar os parâmetros a contemplar no IADMFC e construir o instrumento</p> <p>Orientar reuniões de acompanhamento dos enfermeiros durante o pré-teste do IADMFC.</p> <p>Orientar a formação em serviço.</p>	<p>Registo áudio das reuniões com os enfermeiros</p> <p>Análise de conteúdo, uso do software Nvivo 7®</p>	<p>Quando iniciar o PPRC?</p> <p>Como identificar o MFPC?</p> <p>Como identificar as necessidades do MFPC para exercer o papel de prestador de cuidados?</p> <p>Como avaliar a capacidade de desempenho do MFPC para o exercício do papel?</p> <p>Como promover o desenvolvimento das capacidades?</p> <p>Como registar as intervenções decorrentes da preparação do regresso a casa?</p>	<p>Reunião com os enfermeiros para planejar as atividades a integrar no PPRC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reflexão em pequenos grupos para a construção do instrumento de IADMFC.</li> <li>Reunião geral para tomada de decisão sobre o plano de ação a desenvolver.</li> </ul> <p>Envolve os enfermeiros na revisão dos panfletos existentes para orientação dos cuidados a fornecer aos MFPC nas sessões de educação.</p> <p>Envolve os enfermeiros na construção de novos panfletos para orientação dos cuidados a fornecer aos MFPC nas sessões de educação.</p> <p>Transcrição das reuniões</p>

Considerando que na investigação-ação os dados são produzidos a partir da interação entre o investigador e os participantes (Thiollent, 1998), valorizámos os momentos de reflexão que ocorreram ao longo das diferentes reuniões.

#### **2.2.4.1. Instrumentos e técnicas de recolha de dados**

Ao longo desta fase, recorremos a notas de campo das reuniões com os enfermeiros e das reuniões de passagem de turno (Quadro 5). A construção do instrumento exigiu a realização de reuniões com todos os enfermeiros. As reuniões decorreram de 5 a 24 de Novembro de 2008.



**Quadro 5 – Datas de reuniões durante a fase de planeamento da mudança**

DATA REUNIÕES	
15/10/2008	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reunião com os responsáveis do serviço (enfermeiro chefe e segundo elemento) para definir as estratégias para a construção do Instrumento de avaliação das dificuldades do MFPC (IADMFPFC)</li></ul>
5/11/2008 7/11/2008 11/11/2008 10/11/2008 12/11/2008 15/11/2008	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reunião com os enfermeiros Definir as estratégias para a construção do instrumento de avaliação das dificuldades dos MFPC</li><li>• Reunião com chefes de equipa Recolher, de cada equipa, as sugestões para o instrumento final de avaliação das dificuldades dos MFPC</li></ul>

#### **2.2.4.1.1. Instrumento de avaliação das dificuldades dos MFPC**

O conhecimento prévio que o enfermeiro necessitava ter para decidir sobre as intervenções de enfermagem a implementar determinou o registo da avaliação inicial da pessoa, face à dependência para o autocuidado. A construção do IADMFPFC iniciou-se com a identificação das pessoas dependentes no autocuidado (Anexo VIII). Os enfermeiros justificaram a necessidade de identificar a situação de independência ou dependência das pessoas internadas em cada um dos autocuidados. Partindo do diagnóstico da situação (Capítulo 3), os enfermeiros identificaram a dependência da pessoa face a cada um dos autocuidados, assim como as oportunidades de desenvolvimento do MFPC em cada um dos autocuidados. Os itens tiveram por base as sínteses informativas referentes às dificuldades apresentadas pelos MFPC para assegurarem a continuidade dos cuidados após o regresso da pessoa dependente a casa, assim como os consensos sobre a necessidade de cuidados obtidos nas reuniões com os enfermeiros.

O instrumento contemplou duas secções. A primeira secção correspondente à avaliação da aptidão funcional da pessoa internada face ao autocuidado. A aptidão traduzia a: **Independência; Dependência de equipamentos; Dependência de pessoas**, em cada um dos **autocuidados**: *Higiene (Banho na cama; Banho no chuveiro, Lavar partes do corpo; Outro); Vestir e Despir (Ajudar a vestir; Ajudar a despir; Outro); Trocar fralda (Trocar a fralda; Prevenir*

*maceração; Outro); cuidados com algália (Trocar saco coletor de urina; Outro); Uso sanitário/arrastadeira (Ajudar uso da sanita; Ajudar uso arrastadeira; Outro); Deambular (Deambular; Outro); Posicionar (Mudar de decúbito; Prevenir lesões na pele; Outro); Transferir (Transferir da cama para a cadeira; Transferir da cadeira para a cama; Outro); Alimentar (Ajudar a partir os alimentos; Ajudar a dar os alimentos à boca; Ajudar a dar água; Outro); Alimentar por sonda nasogástrica (Preparar os alimentos; Prevenir aspiração – posicionar; Conferir posição da SNG; Administrar a alimentação; Manter SNG limpa; Outro); Aspirar secreções (Preparar o aspirador; Assistir na aspiração; Limpa/lava equipamento; Outro); Oxigenoterapia (Controlar débito; Colocar e fixar cânula nasal/máscara; Lavar/secar máscara; Outro); Ventilação não invasiva (Ligar e manter parâmetros do ventilador; Colocar máscara; Lavar e secar máscara; Trocar filtros; Outro); Gerir medicação (Medicação per-ós; Medicação tópica; Medicação inalatória; Avalia a glicemia capilar; Prepara e administra insulina; Outro).*

A segunda secção correspondente à avaliação produzida pelo enfermeiro em relação à mestria demonstrada pelo MFPC para o exercício do papel de prestador de cuidados, incluindo os dados sócio-demográficos relacionados com o MFPC, tais como: *idade, sexo, parentesco, co-habitação* e, ainda, os dados relacionados com a mestria do MFPC para o exercício do papel. Nestes considerámos cinco (5) itens: **Oportunidade de desenvolvimento; Consciência da necessidade; Disposição para desenvolver a competência; Desejo de participar; Demonstração de capacidade**, permitindo identificar aspetos centrais relacionados com a mestria do MFPC para o exercício do papel, em cada um dos itens e subitens dos autocuidados em análise focados anteriormente: *Higiene* (4 subitens); *Vestir e Despir* (3 subitens); *Trocar fralda* (3 subitens); *cuidados com Algália* (2 subitens); *Uso sanitário/arrastadeira* (3 subitens); *Deambular* (1 subitem); *Posicionar* (3 subitens); *Alimentar* (4 subitens); *Alimentar por sonda nasogástrica* (6 subitens); *Aspirar secreções* (4 subitens); *Oxigenoterapia* (4 subitens); *Ventilação não invasiva* (5 subitens); *Gerir medicação* (6 subitens).

O pré-teste deste instrumento decorreu nos meses de Dezembro de 2008 e Janeiro de 2009; teve a colaboração de quatro enfermeiros (Quadro 6).

**Quadro 6 – Data de reuniões de início do pré-teste**

DATA REUNIÕES	
28/11/2008	<ul style="list-style-type: none"><li>Reunião com os responsáveis do serviço (enfermeiro chefe e segundo elemento) para: Definir as estratégias para iniciar o pré-teste do instrumento</li></ul>
9/12/2008 17/2/2008 19/12/2008	<ul style="list-style-type: none"><li>Reunião com os enfermeiros de referência responsáveis pelo pré – teste do instrumento de avaliação das necessidades dos MFPC no serviço (enfermeiro chefe e segundo elemento) para: Reuniões de acompanhamento do processo, tirar dúvidas, identificar dificuldades, monitorizar etapas do PPRC</li></ul>

Cada enfermeiro assumiu o compromisso de utilizar o IADMFC que passou a integrar o processo clínico das pessoas internadas no serviço. Os quatro enfermeiros que integraram o estudo piloto constituíram os elementos de referência da pessoa dependente no autocuidado e MFPC, desde o acolhimento até ao momento da alta.

### **2.2.5. Terceira fase – implementação da mudança**

De meados de Fevereiro a 21 de Agosto de 2009 decorreu a implementação da mudança, acompanhando o investigador sistematicamente todo o processo (Quadro 7). A reflexão constituiu uma etapa importante do ciclo de investigação-ação, que ocorreu durante a implementação de novas ideias.

Tivemos por objetivo:

- Implementar as mudanças que potenciaram o desenvolvimento da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros face ao exercício do papel dos MFPC.

**Quadro 7 – 3ª Fase - Implementação do plano de preparação do RC**

<b>Momentos</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Instrumentos e técnicas</b>	<b>Questões orientadoras</b>	<b>Atividades</b>
<b>Implementação do plano de preparação do RC</b>  <b>(Fevereiro a Agosto 2009)</b>	Identificar dificuldades apresentadas pelos enfermeiros ao longo do processo de implementação  Divulgar consensos	Registo áudio das reuniões com os enfermeiros  Notas de campo <ul style="list-style-type: none"><li>• Entrevistas enfermeiras coordenadoras</li><li>• Reuniões grupo</li></ul> Análise de conteúdo, uso do software Nvivo 7®	Quais as dificuldades sentidas pelos enfermeiros ao longo do processo?  Como superar as dificuldades	Reunião para reflexão sobre o trabalho realizado  Reunião para análise e reformulação do IADMFC  Transcrição das reuniões

Ao longo desta fase, recorreremos a notas de campo das reuniões com os enfermeiros coordenadores, reuniões de passagem de turno e notas das interações observadas entre enfermeiro/MFPC, sendo estas orientadoras do processo de mudança. Todas as reuniões foram gravadas e transcritas. A lógica de análise de dados e a produção de sínteses informativas foi semelhante à primeira fase do projeto.

#### **2.2.5.1. Técnicas e instrumentos de recolha de dados**

Nestas reuniões, os enfermeiros refletiram sobre a adequação do IADMFC e das mudanças implementadas no âmbito do PPRC. Estas determinaram algumas das alterações que passaram ser utilizadas na prática, conforme se pode analisar no Capítulo 5.

#### **2.2.5.2. Quarta fase – avaliação e identificação dos adquiridos**

Por fim, pretendemos que a avaliação decorresse ao longo da implementação e, no final, como projetado no plano de ação (Quadro 8).

Assim, definimos como objetivos:

- Avaliar o impacto da mudança introduzida no modelo de exercício profissional focado nos MFPC;
- Identificar os fatores facilitadores associados ao processo de mudança sob investigação;
- Identificar os constrangimentos associados ao processo de mudança sob investigação;
- Gerar teoria no âmbito do PPRC.
- 

**Quadro 8 – 4ª Fase – avaliação**

<b>Momentos</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Instrumentos e técnicas</b>	<b>Questões orientadoras</b>	<b>Atividades</b>
<b>Avaliação</b>  <b>(Fevereiro a Agosto de 2009)</b>  <b>Avaliação final</b> <b>Março de 2010</b>	<p>Avaliar o impacto das mudanças introduzidas no modelo de exercício profissional focado nos MFPC.</p> <p>Avaliar os fatores facilitadores e os constrangimentos associados ao processo de mudança sob investigação</p> <p>Gerar teoria no âmbito do PPRC</p>	<p>Entrevistas aos MFPC durante o internamento.</p> <p>Notas de campo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reuniões de grupo</li> <li>• Interações observadas</li> </ul> <p>Análise de conteúdo, uso do software Nvivo 7®</p> <p>Análise estatística IADMFPFC (utilização do SPSS® V.17)</p>	<p>Quais as mudanças introduzidas no modelo de exercício profissional focado nos MFPC?</p> <p>Quais os fatores facilitadores e os constrangimentos associados ao PPRC?</p>	<p>Reunião com os enfermeiros para avaliação e identificação dos adquiridos Março de 2010.</p> <p>Transcrição das reuniões.</p>

A partir do dia 21 de Agosto, a equipa sofreu alterações, passando o serviço a ficar, temporariamente, alocado a doentes com Gripe A, sendo a reunião de avaliação final realizada em Março de 2010 com os enfermeiros que tinham estado ligados ao processo. Ao envolvermos a equipa no processo de mudança, e ao vermos assumido o compromisso da mudança, legitimámos o processo de tomada de decisão.

Tivemos, assim, um duplo objetivo:

- Gerar benefícios para o desenvolvimento da qualidade do exercício do papel dos MFPC de pessoas dependentes no autocuidado
- Gerar a teoria no âmbito do PPRC.

### **2.2.5.3. Técnicas e instrumentos de recolha de dados**

De Fevereiro a 21 de Agosto de 2009, analisámos os IADMFCPC, após a alta das pessoas internadas. Realizámos, também, seis (6) entrevistas aos MFPC de pessoas dependentes no autocuidado antes do regresso a casa. A análise, tal como foi realizada, foi semelhante à primeira fase do projeto.

Ao longo de todo o trabalho, recorremos à utilização do *software* Nvivo 7<sup>®</sup>, dada a quantidade de informação existente. Este *software* permitiu aceder à informação com rapidez e rigor. O Nvivo 7<sup>®</sup>, sendo um programa utilizado na análise de conteúdo, permitiu o desenvolvimento de uma estrutura hierárquica de codificação. O projeto foi criado com o nome de “Preparação do regresso a casa dos MFPC”. O programa permitiu um ambiente de informação onde foi possível criar, organizar e explorar informações e criar as diferentes categorias. Utilizámos este programa informático orientado para a análise de dados qualitativos, pois permitiu uma gestão de grande quantidade de dados, proporcionando assim ao investigador minimizar o esforço e o tempo dedicados a determinadas tarefas operacionais, focando-se no que, de facto, era mais pertinente, como seja a exploração estruturada, sistemática e aprofundada de uma ampla base de dados, de modo a poder fazer a melhor análise e interpretação dos mesmos. O programa Nvivo 7<sup>®</sup> forneceu um fácil acesso a todos os elementos do projeto. Numa primeira fase analisámos cada *verbatim*, assinalando a palavra, expressões ou frase(s), que continham uma determinada ideia. Foram elaborados *memos* contendo as ideias que serviram de base para, mais tarde, se construir a teoria.

Seguiu-se a etapa em que se agruparam os conceitos em subcategorias, resultando estas do estabelecimento de relações de similaridade entre conceitos que pareciam associar-se à

mesma categoria. Assim, atribuímos à categoria um nome mais abstrato, de modo a compreendermos os conceitos mais específicos que com ela se relacionavam. Ao longo deste processo fomos questionando os conceitos, formulando questões como o que é isto? E a que tipo de fenómeno pertence? de modo a identificarmos relações de similaridade que contribuíssem para a construção de categorias mais abstratas. Este processo denominado de comparações constantes foi o princípio central do método de análise e consistiu em movimentos contínuos entre a construção do investigador e o retorno aos dados. No decurso das diferentes etapas do processo, identificámos relações de similaridade que uniram alguns conceitos e que, ao serem nomeados, formaram as ideias centrais do processo de preparar o regresso a casa.

Ao longo da análise e interpretação dos dados criámos modelos de análise orientados para a produção de uma lógica explicativa de todos os elementos estruturantes da ação do enfermeiro no âmbito do PPRC. Sendo uma abordagem centrada num processo indutivo, permitiu aumentar o conhecimento (Bryant e Charmaz; 2007) acerca do modelo de exercício profissional focado nos MFPC. Ao compararmos constantemente os dados e ao devolvermos, nas diferentes fases do processo, os dados aos enfermeiros, pensamos ter conferido validade e transferibilidade (Gub e Lincoln, 1994). Ao longo deste processo, o investigador moveu-se entre o pensamento indutivo e o pensamento dedutivo. A categorização seletiva foi um processo que consistiu na seleção da categoria central – **Processo de preparação do regresso a casa** - à volta da qual as restantes se interligaram, sendo cada vez mais um nível mais abstrato da codificação e que descrevemos no Capítulo 6 e 7. A colheita de dados e a interpretação dos mesmos constituíram um processo cíclico ao longo das diferentes fases do projeto. Procurámos, junto dos participantes, dados adicionais de forma a confirmar e refinar as categorias ao longo das diferentes etapas do projeto. Os dados inerentes às mudanças introduzidas contribuíssem para a teoria que emergiu do estudo de investigação-ação.

### **2.2.5.3.1. Procedimento estatístico**

Todos os IADMFPC aplicados pelos enfermeiros na fase de implementação foram sujeitos a tratamento estatístico. O programa estatístico para análise do IADMFPC foi o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) Versão 17 para *Windows*. Procedemos a uma análise descritiva dos dados que constam no IADMFPC. As variáveis quantitativas foram expressas em média e desvio padrão. As variáveis categóricas/dicotômicas foram apresentadas em frequências absolutas e relativas.

## **2.3. RIGOR METODOLÓGICO**

Considerámos que o rigor deve estar presente ao longo de todo o processo de investigação. Alguns autores apontam como critério de cientificidade de uma investigação qualitativa a validade e fidedignidade dos seus resultados (Kirk e Miller, 1986; Erickson, 1986; Whittemore, Chase e Mandle, 2001). A validade segundo Kirk e Miller (1986) remete, em sentido lato, para o nível segundo o qual os resultados são interpretados corretamente. Os parâmetros de validade, de acordo com Almeida (1997), incluem:

- A coerência programática entre as diversas componentes de uma pesquisa entre si, como resposta ao problema da lógica da argumentação, que ligam as diferentes partes;
- A pertinência dos procedimentos de recolha de dados face aos objetivos de investigação;
- A consistência entre os objetivos de investigação e a recolha de dados, que passa pela resolução de alguns obstáculos que, normalmente, surgem na construção desta relação interativa, dos quais se salientam a recolha de dados insuficientes e não diversificada, a interpretação errónea dos dados, a insuficiência de dados que permitem o confronto de interpretações e asserções e, ainda, a subvalorização de elementos contraditórios presentes nos dados.

Kirk e Miller (1986) consideram que a explicitação/documentação pormenorizada dos



procedimentos de investigação podem estimular a crítica por parte do leitor. Para assegurar a validade e o rigor metodológico neste estudo, utilizámos entrevistas pois, segundo Denzin (2000), este é um dos melhores métodos que pode ser usado com outros métodos, com uma alta eficácia na implementação e nos resultados. Polit e Hungler (1995) sugerem quatro critérios para estabelecer a fidedignidade em relação aos dados qualitativos: credibilidade ou validade interna; transferibilidade ou validade externa; segurança e confirmabilidade. Relativamente à fidedignidade, esta reporta-se ao grau de consistência dos dados obtidos relativamente aos aspectos teóricos que interessam ao investigador. Incidem, segundo Kirk e Miller (1986), sobre as técnicas e instrumentos de colheita de dados e não diretamente sobre os dados. As técnicas e instrumentos de colheita de dados apresentados permitiram-nos, assim, acrescentar rigor, profundidade, complexidade e diversidade ao estudo.

Apesar dos dados não serem generalizáveis, procurámos fornecer dados descritivos suficientes no relatório, de modo a que outros investigadores pudessem avaliar a sua aplicabilidade a outros contextos (Polit e Hungler, 1995). O rigor na colheita, transcrição e interpretação dos dados e o cumprimento dos princípios ético-morais imperaram, chegando-se à redução dos dados para fins do relatório final. Ao longo das diferentes etapas do processo de investigação, os dados emergiram na equipa de enfermagem e foram devolvidos à equipa de enfermagem, de onde resultaram os consensos, que foram registados em fita magnética e, posteriormente, transcritos, sendo integrados no relatório final da tese que se apresenta. Estes dados foram fundamentais para confirmar a concordância sobre o modelo a desenvolver no grupo.

## **2.4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Qualquer trabalho de investigação, independentemente do paradigma em que este se situe, envolve do investigador responsabilidade pessoal e profissional e uma conduta ético-moral que lhe permite garantir os direitos e liberdades das pessoas. Salientamos o direito à autodeterminação; o direito à intimidade; o direito ao anonimato e à confidencialidade; o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo; e o direito ao tratamento justo e leal (Fortin, 2003).

No sentido de garantir o respeito pela autonomia e dignidade da pessoa Humana, o consentimento informado foi elaborado de modo a que os participantes tomassem uma decisão livre e esclarecida para participarem voluntariamente e, ainda, que a informação fornecida não influenciasse a opinião dos participantes (Ramazanoglu e Holland, 2002). Informámos da possibilidade de cada participante abandonar o estudo, em qualquer momento, se fosse essa a sua vontade. De modo a garantir a confidencialidade, foram utilizados códigos de identificação dos participantes. O consentimento informado encontra-se na posse do investigador.

O direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo teve por base “*as regras de proteção da pessoa contra inconvenientes suscetíveis de lhes fazerem mal ou de a prejudicarem*” (Fortin, 2003, p.118). Este princípio exigiu que, no final das entrevistas com os MFPC, sempre que identificámos défices de conhecimento e/ou dificuldades sentidas para exercer o papel de prestador de cuidados, os tivéssemos orientado a procurar a ajuda profissional, quer durante o internamento hospitalar, quer em casa, através da articulação com o enfermeiro do centro de saúde. Com esta atitude, pretendemos minimizar os impactes negativos, equacionando estratégias que ajudassem o MFPC, de forma a darem continuidade aos cuidados à pessoa dependente nos autocuidados e, assim, a ser minimizado “*...o desconforto e prejuízo de ordem fisiológica, psicológica ...*”, como refere Fortin (2003, p.118). Assim, em casa dos MFPC, após a entrevista, também esclarecemos dúvidas relacionadas com o modo de promover os autocuidados; fomos, em algumas situações, os mediadores entre MFPC e Centro de Saúde ao equacionarmos as necessidades/dificuldades; fornecemos informações sobre alguns dos recursos na comunidade.

## 2.5. OBRAS CITADAS

- Abreu, W. (1994). *Dinâmica de formatividade dos enfermeiros: um subsídio para um estudo ecológico da formação em contexto de trabalho Hospitalar*. Tese de Mestrado, FPCE, Lisboa, Portugal
- Almeida, A.M. F. G. (1997). *Metodologias de investigação em Ciências de Educação. Questões epistemológicas*. VII Colóquio nacional de LAIPELF/AFIRSE
- Argyris, C. (1995). Action science and organizational learning. *Journal of Managerial Psychology*, nº 10 (6), pp 20-26
- Argyris, C.e Schön, D (1978). *Organizational learning: A theory of action perspective*, Ed. Reading Ma: Addison-Wesley Publishing, Massachusetts
- Argyris, C.e Schön, D (1982). *Theory in practice: increasing Professional effectiveness*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco
- Argyris, C.e Schön, D. (1974). *Theory in practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bártolo, E. (2007). Formação em contexto de trabalho no ambiente Hospitalar, Lisboa, *Cadernos Climepsi de saúde*
- Bogdan, R. e Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação. Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto. Porto Editora.
- Bryant, A. e Charmaz, K. (2007). *The sage handbook of grounded theory*. SAGE Publications British Library Cataloguing in Publication data
- Burgess, R. (1997). *Métodos de pesquisa de terreno II: A entrevista como conversa*, in: Burgess R. (org.) - A pesquisa no terreno: uma introdução, Oeiras, Celta Editores, pp. 111-131
- Caetano, A. P. (2004). *A complexidade dos processos de formação e a mudança dos professores, Um estudo comparativo entre situações de formação pela investigação – ação*. Porto Editora Lda. 192 p.
- Carr, W. e Kemmis, S. (1986). *Becoming critical*. London: The Falmer Press.
- Closs, S. J.e Tiemey, A. (1993). The complexities of using a structure, process and outcome framework: the casa of an evaluation of discharge planning for elderly patients. *Journal of Advanced Nursing* 18 (8) p. 1279-1287.
- Costa, M. A. (1998). *Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa, Fim de Século
- De la Cuesta, C. (1999). Contribución de la investigación cualitativa al campo de la salud. In: *Sinaia Vitais*, nº 27. Nov. p. 33-35

- Denzin, N. K. e Lincoln, Y. S. (1998). *Strategies of qualitative inquiry*. Thousand Oaks: Sage Publications
- Denzin, N.K. (2000). *Un punto de vista interpretativo*. In: Denman CA, e Haro JA. Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social. Sonora: Colegio de Sonora. p. 147-205.
- Elliott J. (1997). *La investigación-acción*. Ediciones Morata. Madrid. 3ª ed.
- Erickson, F.(1986). Why title trial doesn't work as a metaphor for educational research: a response to schrag. *Educational Researcher*, 21 (5), p.9-11
- Figueiredo, M.C.A.B. (2002). *Necessidades em cuidados de enfermagem das famílias de crianças com doença cardíaca congénita: uma abordagem sistémica da família*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa. Monitor
- Fontana, A. e Frey J.H. (1998). *Interviewing: The Art of Science*. In: Denzin NK, Lincoln YS. Collecting and Interpreting Qualitative Materials. London: SAGE Publications; p. 47-78.
- Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Gauthier, B. (2003). *Investigação social: da problemática à colheita de dados*. Loures: Lusociência
- Glaser, B. G. e Strauss, A. L. (1967). The Discovery of Grounded Theory: *Strategies for Qualitative Research*, Chicago, Aldine Publishing Company
- Guba, E. e Lincoln, Y. 1994) – *Competing paradigms in qualitative research*. Newbury Park, CA: Sage Publications
- Guskey, T.R. (1985). Staff development and teacher change. *Educational Leadership*, v. 42, n. 7, p. 57-60.
- Hale, R. e Whitlam, P. (2000) – *Powering up performance management: an integrated approach to getting the best from your people*. Gower Publishing Limited. England. University Press, Cambridge.
- Heaton, J., Hilary, A., e Sloper, P. (1999). Carers' experiences of hospital discharge and continuing care in the community. *Health and Social Care in Community*. 7 (2) p. 91-99.
- Hedberg, B (1981). *How organizations learn and unlearn*, in: Nystrom, P.e Starbuck, V. (Eds.) Handbook of organizational design (vol. 1), Oxford University Press, Oxford, pp. 3-27
- Holland D.E., Harris M.R., Pankratz V.S., Closson D.C. ,Matt-hensrud N.N.e Severson M.A. (2003). Prospective evaluation of a screen for complex discharge planning in Hospitalized adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 51 (5) p. 678-682.

Hopkins, D., Ainscow, M. e West, M. (1994). *School improvement in an era of change*. London: Cassell

Kemmis, V. M. (1993). An action research and social movement: a challenge for policy research. *Educational for Policy Analysis Archives* 1 (1) Disponível on-line em: <http://epaa.asu.edu/epaa/v1n1.html> Acedido em 20/2/2009

Kincheloe, J. L. (1993). *Towards a critical politics of teacher thinking. Mapping the postmodern Connecticut*. Bergin e Garvey.

Kirk, J. e Miller, M. (1986). *Reliability and validity in qualitative research*. Beverly Hill: Sage

Lewin, K. (1946). Action research and minority problems. *Journal of Social Issues*, 2, p. 34-46.

Meyer, J. (1995). Stage in the process: a personal account. *Nurse Research*. Mar; 2. (3) p. 24-37

Nolan, M. e Grant, G. (1993). Action research and quality of care: a mechanism for agreeing basic values as a precursor to change. *Journal of Advanced Nursing*. 18 (2) p. 305-311.

O'Brien, R. (1998). An overview of the methodological approach of action research. Disponível on-line em: <http://www.web.net/~robrien/papers/arfinalhtml>. Acedido em 06/06/2005.

Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research e evaluation methods*. Third Edition. California: Sage Publications.

Pazos, M. S. (2002). Algunas reflexiones sobre la investigación-acción colaboradora en la educación. *Revista electrónica de Enseñanza de las Ciencias*. 1(1) Disponível on-line em: <http://www.saum.uvigo.es/reec/volumenes/volumen1/Numero1/Art3.pdf>. Acedido em 16/01/2006

Pereira, F. M.S. (2007). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem*. Tese de doutoramento Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto, Portugal

Polit, D.F. e Hungler, .BP. (1995) - *Nursing research: principles and methods*. 6ª Ed Philadelphia: Lippincott.

Prieto M.A., e March J.C. (2002). *Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales*. Atención Primaria; 29 (6): p. 366-373.

Ramazanoglu, C. e Holland, J. (2002). *Feminist Methodology. Challenges and Choices*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications

Sanches, I. (2005). Compreender, agir, mudar, incluir: da investigação-ação à educação inclusiva. *Revista Lusófona de Educação*. 5 p. 127-142.

Silva, A.A.P. (2001). *Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, tese de doutoramento

- Sousa, P. A. F.a (2005). *O sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo*. Tese de doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto, Portugal
- Strauss, A. e Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research; Grounded theory procedures and techniques*. London: Sage
- Streubert, H. e Carpenter, d.R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem. Avançando o imperativo humanista*. (2ª ed.) Loures: Lusociência
- Susman G. e Evered, R. (1978). An assessment of the scientific merits of action research. *Administrative Science Quarterly*. 23 p. 582-603
- Thiollent, M. (1998). *Pesquisa-ação nas organizações*. 8ª ed. São Paulo: Cortez
- Wallis, S. (1998). Changing practice through action research. *Nurse Researcher*. Winter, 6 (2) p.5 – 15
- Watzlawick, P. (1978). *The language of change*. New York: Basic Books,
- Watzlawick, P.; Weakland, J.e Fisch, R. (1975). *Changements, paradoxes et psychothérapies*. Paris: Seuil.
- Whittemore, R., Chase, S. e Mandle, C. L. (2001). *Qualitative Health Research* Disponível on-line em: <http://qhr.sagepub.com/cgi/content/abstract/11/4/522> Acedido em 26-6-2008

## **CAPÍTULO 3: PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA: DOS MODELOS EM USO E DOS MODELOS EXPOSTOS**

---

Este capítulo reporta aos processos e à redução teórica que consubstanciaram a primeira fase do ciclo de investigação-ação: identificação do problema e das oportunidades de desenvolvimento do modelo em uso focado no exercício do papel dos MFPC. Recorremos a entrevistas semiestruturadas a dezassete MFPC de pessoas dependentes no autocuidado durante o internamento hospitalar e dez entrevistas semiestruturadas aos mesmos MFPC um mês após o regresso a casa, no sentido de caracterizarmos, na perceção dos MFPC, os desafios colocados pelo exercício do papel e os fatores que dificultaram a transição saudável para o papel de prestador de cuidados. Procedemos, ainda, a entrevistas semiestruturadas a dezanove enfermeiros, no sentido de caracterizarmos a perceção sobre os modelos de exercício profissional em uso. Analisámos, também, os registos de enfermagem, no sentido de identificarmos as intervenções de enfermagem promotoras das transições saudáveis para o exercício do papel de prestador de cuidados dos membros da família que participaram no estudo.

As reuniões de reflexão sobre a prática permitiram aos enfermeiros explicitar os saberes tácitos provenientes das suas experiências, com base nos modelos em uso. Argyris e Schön (1982) consideram que este é o primeiro passo para que os profissionais possam efetuar os questionamentos sobre as estratégias e as teorias em que acreditam, o que lhes permite transformar os seus modos de atuar. Assim, tentámos estimular nos enfermeiros a capacidade de problematizar, de se colocarem de um outro ponto de vista, de modo a compreenderem não só as ações que realizavam, como os sentidos que lhes estavam subjacentes (Couceiro, 1996).

Procedemos à redução teórica integradora de todo o material que emergiu: entrevistas aos MFPC; entrevistas aos enfermeiros; análise dos registos; notas de campo: das reuniões com os enfermeiros, das passagens de turno e das interações observadas, através de um processo de

comparações constantes, tal como preconizam Strauss e Corbin (1990), encontrando-se em anexo os resultados de cada aspeto em particular (Anexo IX). Assim, apresentamos os temas emergentes no âmbito deste processo e que permitiram construir um modelo explicativo da problemática em estudo.

### 3.1 A CONSCIÊNCIA DE “SER PRESTADOR DE CUIDADOS”

As entrevistas semiestruturadas aos MFPC conduziram-nos à experiência de *ser prestador de cuidados* da pessoa dependente no autocuidado (Diagrama 1). Emergindo a *Consciência de ser prestador de cuidados*, assim como as *Propriedades decorrentes da experiência* através da partilha: *COMO FOI cuidar antes do internamento; COMO SERÁ cuidar quando regressar a casa e COMO É cuidar no hospital e em casa*.

#### 3.1.1. COMO FOI cuidar antes do internamento hospitalar

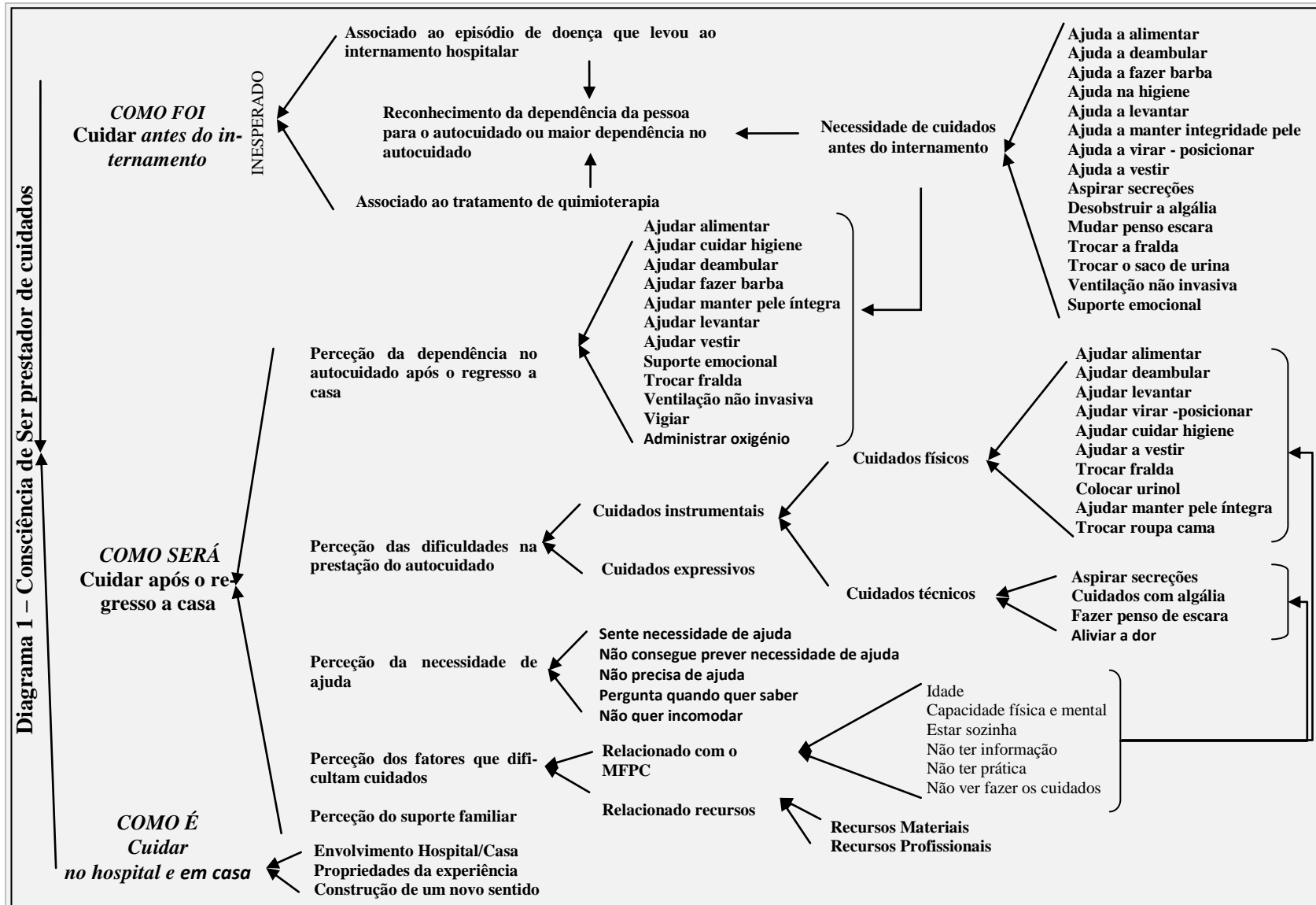
Ao longo das entrevistas, os membros da família assumiram-se como os prestadores de cuidados, a partir do momento do aparecimento do problema que levou à dependência no autocuidado.

“Começámo-nos a aperceber que ele realmente não estava bem, que havia ali qualquer coisa que não estava bem, que precisava dos nossos cuidados”. (MFPC2)

“Foi logo assim que lhe apareceu o mal, que fez a quimioterapia, começou logo a precisar de mim”. (MFPC 4)

O problema surgiu como um momento marcante, porque os MFPC viram-se confrontados com as dificuldades funcionais, associadas a atividades físicas e de autocuidado das pessoas doentes. Para alguns MFPC, o exercício do papel iniciou-se de um modo gradual, onde estes ajudaram, pontualmente, as pessoas dependentes em alguns dos autocuidados.





Para outros, o início ocorreu de um modo repentino, confrontando-se os MFPC, de um momento para o outro, com a perda de capacidade da pessoa para se autocuidar. Qualquer que fosse a situação, o início foi sempre um fenómeno inesperado. Em qualquer dos casos, o início emergiu com a consciencialização de *ter de ajudar* a pessoa, face à dependência para se autocuidar (Quadro 9).

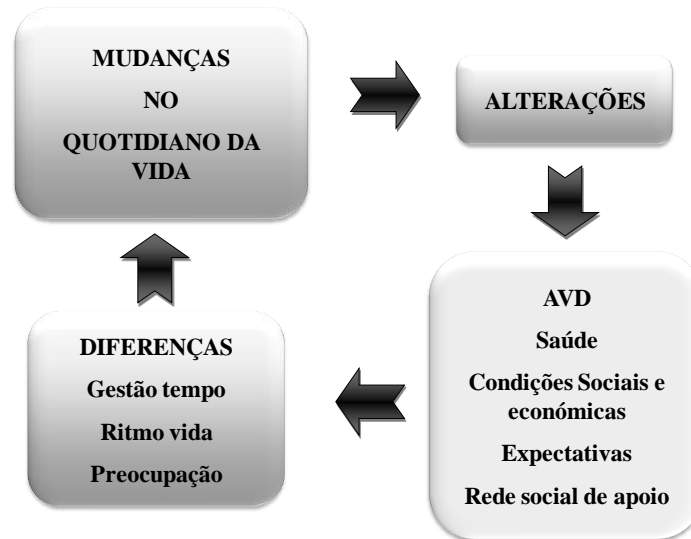
**Quadro 9 – Promover o autocuidado em casa**

Cuidados executados antes do presente internamento hospitalar	1º Internamento hospitalar (5 clientes)	2º ou mais internamentos hospitalar (8 clientes)
Ajuda a alimentar	(Caso 1); (C12)	(C6); (C10); (C11); (C15); (C17)
Ajuda a deambular	(C12)	(C6); (C7); (C10); (C11); (E14)
Ajuda a fazer a barba		(C17)
Ajuda na higiene	(C 5); (C 8); (C 12); (C 13)	(C10); (E11); (E15); (E17)
Ajuda a levantar	(C13)	(C9); (C11); (C13); (C14)
Ajuda a manter integridade pele		(C10); (C15)
Ajuda a virar /posicionar		(C17)
Ajuda a vestir	(C1)	
Aspirar secreções		(C17)
Desobstruir a algália		(C17)
Trocar penso de escara		(C10); (E17)
Trocar a fralda	(C13)	(C17)
Trocar o saco de urina		(C14)
Ajuda na Ventilação não invasiva		(C7)
Suporte emocional		(C7)

Dos dezassete MFPC entrevistados, treze prestaram cuidados a pessoas dependentes antes do internamento hospitalar. Os cuidados promovidos antes do internamento centraram-se em *ajudar*: *Alimentar*; *Deambular*; *Fazer barba*; *Higiene*; *ajudar a Levantar*; *Manter a Integridade da pele*; *Virar/posicionar*; *Vestir/despir*; *Aspirar secreções*; *Desobstruir a algália*; *Trocar o penso de escara*; *Trocar fralda*; *Trocar o saco de urina*; *Ventilação não invasiva* e cuidados expressivos como o *Suporte emocional*. Durante este período, quatro MFPC confrontaram-se com a dependência da pessoa durante o internamento.

A experiência de *Ser prestador de cuidados* trouxe dificuldades, que se refletiram no quotidiano de vida dos MFPC com impacto: nas *Atividades de Vida*, nas *condições de Saúde*; nas *Expectativas*, nos *Projetos de vida* e nas *Condições sociais e económicas* (Diagrama 2). Estes aspetos estão de acordo com as evidências encontradas em outras investigações (Moreira, 2001; Rodriguez, et al.; 2001; Bonet, 2009).

**Diagrama 2 - Mudanças e diferenças**



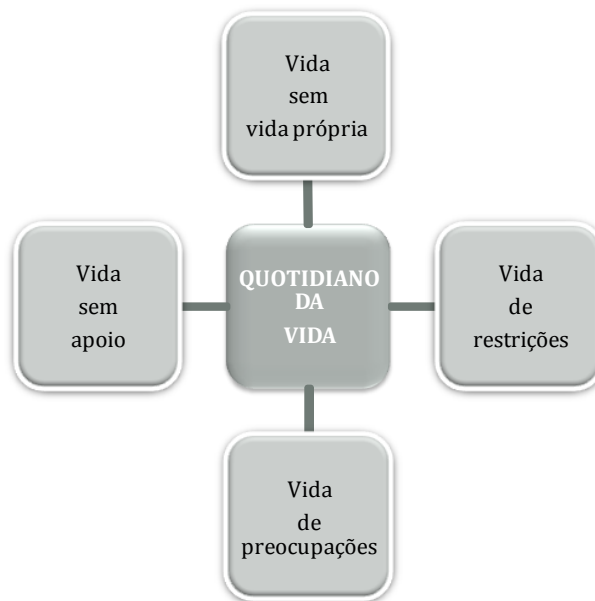
A falta de tempo, sentida por alguns MFPC, para gerirem os cuidados, repercutiu-se nas atividades de vida (AVD) *Dormir, Ocupar e Recrear*. Foi geralmente às atividades de vida *Ocupar e Recrear* que os MFPC foram buscar o tempo para gerir *o tempo* da prestação dos cuidados, o que fez com que abdicassem do tempo destinado a si próprios, para o utilizarem nos cuidados à pessoa dependente. Estas situações têm sido apontadas na literatura como um dos fatores negativos, que criam restrições na vida social dos MFPC (Nolan e Grant, 1989; IMSERSO, 1995; Nieto Carrero, 2002). Não ter tempo foi assim uma constante, à qual se associou um novo ritmo. Tudo decorria a um ritmo diferente, condicionado por um tempo, que não dava o tempo necessário para o que denominavam *ter uma vida própria* (Diagrama 3). O regresso a casa para alguns MFPC acentuara esse ritmo, traduzido por *A vida é uma agitação constante*, sentimento que também esteve presente nas expressões de *Ir e vir mais rápido*, ou *Não parar*. Surgiu o sentimento de perda de liberdade, por não poderem sair de casa, traduzindo uma das preocupações que também condicionara o quotidiano da vida.

“Estou presa, não posso sair, não posso...pronto tenho a vida condicionada completamente, mas isso já sabia quando ele veio assim para casa que eu ficava condicionada.” (E13)

“...eu era uma prisioneira, não podia sair de casa, só se a minha filha ou qualquer pessoa me ficasse com ele para eu sair, porque de outra maneira ele não podia ficar em casa sozinho.” (E4C)

Este novo modo de viver a vida teve impacto direto nos processos de vida, potenciando sentimentos de preocupação, pelas restrições e privações com que cada MFPC se viu confrontado, no sentido de dar resposta às necessidades da pessoa.

**Diagrama 3 - Mudanças no quotidiano**



Vários estudos têm sido desenvolvidos revelando o impacto que o exercício do papel tem a nível das necessidades básicas (Nolan e Grant, 1989), a nível social e do lazer (IMSERSO, 1995; Nieto Carrero, 2002; Pinquart e Sorensen, 2003), e a nível da própria saúde dos cuidadores (Pinquart e Sorensen, 2003), corroborando os dados aqui encontrados.

### **3.1.2. COMO SERÁ cuidar após o regresso a casa: antecipar dificuldades**

**Perceção dos MFPC acerca da necessidade de cuidados da pessoa dependente** – Durante o internamento hospitalar, alguns MFPC tomaram consciência de que as pessoas dependentes estavam piores, antecipando maior necessidade de cuidados após o regresso a casa. Os cuidados a que se referiram englobaram os cuidados básicos ao corpo e à manutenção dos processos corporais como ajudar:

*Alimentar; Higiene; Fazer a barba; Vestir despir; Mobilizar, Deambular; Levantar; Manter a pele íntegra; Trocar a fralda.* Fizeram ainda referência à necessidade de cuidados durante a *Ventilação não invasiva* e *Administração de oxigênio*. Existia também a preocupação com os cuidados expressivos, isto é, os que permitiam atender as necessidades de *Suporte emocional*. Foi, no entanto, ao longo do internamento hospitalar que alguns MFPC se viram confrontados pela primeira vez com a dependência da pessoa doente, como focado anteriormente, revelando não terem informação que lhes permitisse prever, e deste modo, antecipar os cuidados a que tinham de dar continuidade após o regresso a casa.

**Perceção dos MFPC acerca das dificuldades para promoverem os cuidados** – Foram referidas dificuldades para assegurar os cuidados instrumentais, mais especificamente cuidados físicos, como o terem de *Alimentar* devido a dificuldades na deglutição; *Deambular*, devido à falta de força aquando da deslocação. Referiram também falta de equipamentos como cadeira de rodas. Dificuldade para *Levantar a pessoa* devido ao esforço físico; *Virar* devido à falta de conhecimento de como fazer; *Higiene na casa de banho* devido ao medo de o deixar cair, mas também devido ao esforço físico referido. Ex-puseram também alguns constrangimentos na prestação de cuidados de *Higiene* a certas partes do corpo, reconhecendo que as pessoas dependentes também se sentiam pouco à vontade. Sobressaíram ainda dificuldades para ajudar a *Vestir*, por não conseguirem manter a pessoa de pé, ou para *Trocar a fralda* independentemente desta se encontrar deitada ou na posição de pé; dificuldade em *Colocar o urinol* quando a pessoa se encontrava acamada; e em *Manterem a pele íntegra*, reconhecendo que não estavam despertos para detetarem precocemente alterações na pele. Referiram também dificuldade em *Trocar a roupa da cama* pela dificuldade em mobilizar a pessoa dependente acamada.

“Quando eu quero realmente mudar-lhe o lençol, tenho mais dificuldade, porque tenho que ter um braço a segurá-lo, e o outro braço tem que estar a enrolar o que está sujo para o tirar, e pôr logo o outro já em condições para, depois, quando for a tirar, poder tirar o que está sujo e poder esticar o limpo.” (MFPC 17)

Nos cuidados técnicos surgiram dificuldades em *Aspirar secreções; Manter a algália; Fazer o penso de escaras*, ou ainda *Aliviar a dor*. Nos cuidados expressivos, mais especificamente nos cuidados afetivos, emergiram preocupações com o lidar com a nova situação da pessoa dependente e com a confusão ou a irritabilidade. Nem todos os MFPC revelaram possuir experiência de cuidar de pessoas dependentes nos autocuidados antes do internamento. Alguns MFPC não conseguiram antever quer a necessidade de

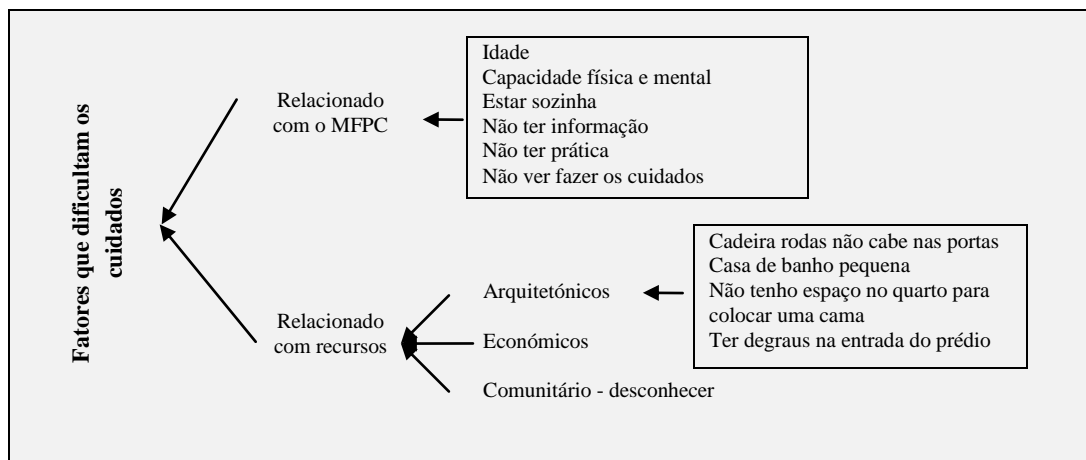
cuidados da pessoa, quer as suas próprias dificuldades em casa, o que fez com que, nesse período, os MFPC vivenciassem alguma incerteza quanto à necessidade de ajudas a requerer.

“Vamos ver, lá em casa é que eu vou ver...ele fazia, antes de entrar aqui ele fazia, mas agora não, têm elas que lhe fazer.” (MFPC 2)

A incerteza decorreu da falta de conhecimento que os MFPC revelaram acerca da capacidade da pessoa para se autocuidar, mantendo dúvidas até ao momento da alta clínica. Durante o internamento, aguardavam que alguém se lhes dirigisse e fornecesse informações acerca da situação. Alguns mostraram-se muito preocupados, no momento da alta clínica, por não saberem o que fazer face à situação de dependência da pessoa.

**Perceções dos MFPC acerca dos fatores que dificultam a prestação dos cuidados** - Vários MFPC tinham consciência dos fatores que dificultavam os cuidados em casa, identificando uma ou mais categorias de dificuldades (Diagrama 4).

**Diagrama 4 - Fatores que dificultam os cuidados**



Sobressaíram os fatores pessoais como a *idade* avançada, *falta de capacidade física e/ou cognitiva* e o facto de *viverem sozinhos*. Associavam as dificuldades à falta de preparação, realçando falta de *informação* na orientação sobre como cuidar a pessoa dependente no autocuidado, sobre os recursos existentes na comunidade e a forma de lhes aceder.

“Era necessário, de facto, que me tivessem dito, olhe agora ela não se mexe, temos que agarrar por aqui, não faça isto, não faça aquilo”... “*Tens esta doença, és um cliente oncológico agora tens isto ao teu alcance*”, porque às vezes as pessoas não estão em situação de requerer ou de se candidatar a algumas das ajudas que estão previstas. Mas, quando elas começarem a ser necessárias, também não são apanhados de surpresa, e terem de fazer a pergunta “*O que é que eu tenho neste caso, o que é que eu tenho que fazer?*” Não. Assim já sei. (MFPC 10)

Alguns reconheceram *Não terem prática*, justificando a necessidade de ver prestar os cuidados durante o internamento hospitalar.

“Bem, eu nunca fiz... tudo o que faço em casa, eu nunca fiz na frente dos senhores enfermeiros.”... “Porque é assim, eu posso estar a fazer e alguma coisa que não está bem. Ser eu, não estar eu a fazer correto, não é?” (MFPC 17)

O facto de viverem sozinhos e a idade avançada de alguns MFPC (noventa e dois anos), constituiu uma outra preocupação, reconhecendo que os cuidados exigiam esforço físico e/ou mental, não sabendo até quando seriam capazes de manter as capacidades para os assegurar.

“Nesta altura é que se vê a dificuldade de não se ter ninguém que esteja ali ao pé para nos ajudar.” (...) “... não tenho mais ninguém...” (...) “É difícil, é um esforço, mas tenho que aguentar. Não posso contar com mais ninguém.” (MFPC 12)

Foram também identificados fatores relacionados com os *Recursos comunitários*, necessários ao suporte nos cuidados em casa. Os recursos comunitários a que alguns tiveram acesso antes do internamento pareciam não responder, na totalidade, às necessidades, quer das pessoas dependentes, quer às dificuldades expressas pelos MFPC. Salientaram falta de apoio dos cuidados continuados, quer nos feriados, quer nos fins de semana, no apoio nos cuidados de higiene, mas também no apoio dos cuidados de enfermagem para aspirar secreções ou refazer pensos de úlceras de pressão, perspetivando assim a manutenção dessas dificuldades. Todos estes problemas acentuaram a preocupação e o sentimento de abandono após o regresso a casa. Os MFPC referiram que o atual Sistema Nacional de Saúde não dava resposta às necessidades reais das pessoas e respetivos MFPC, na medida em que algumas pessoas dependentes e respetivos MFPC não tinham tido qualquer tipo de apoio aquando do regresso a casa.

“...” Julgo que aquilo a que nós chamamos o Sistema, deveria haver outro tipo de assistência, um bocadinho diferente. Muitas pessoas com este problema ficam entregues a si próprias, ou ficam entregues aos familiares, deixando a família entregue a si própria.”... “Ao sairmos daqui o Sistema de Saúde não existe.”... “É diferente de eu precisar de cuidados continuados, “*Ah, agora não podemos lá ir. E se formos é só de segunda a sexta*”. Está bem, mas se a ferida se agravar no sábado? “*Ah mas isso não sei!*”. Isso... sei eu.” (MFPC 10)

As estruturas de apoio locais, como por exemplo as paróquias, também não conseguiam dar resposta às dificuldades apresentadas pelos MFPC. Todas estas situações reforçaram o sentimento de abandono após o regresso a casa.

**Perceção dos MFPC acerca da necessidade de serem ajudados** – A necessidade de ajuda compreende seis categorias: “*Sente necessidade de ajuda*”; “*Não consegue prever necessidade de ajuda*”; “*Não precisa de ajuda*”; “*Pergunta quando quer saber*”; “*Não quer incomodar*” e “*Não pode pedir ajuda*”. A consciência da necessidade de ajuda não esteve presente do mesmo modo em todos os MFPC. A incerteza, que alguns mantiveram face à situação da pessoa dependente no autocuidado, levou-os a não conseguirem antecipar as suas próprias necessidades de ajuda, conforme excertos das entrevistas:

“Não sei, ainda não passei por isso, não sei”... “É isso que eu digo, não sei. Não sei o que é que me hão de ensinar aqui, ensinar a virar, ele agarra-se ao meu pescoço e à cama a virar-se.” (MFPC 2)

Apesar de alguns terem consciência da necessidade de ajuda, referiram não terem sido ajudados até ao momento da primeira entrevista:

“Se o meu marido sair daqui com vida vai ser muito, muito complicado”... “Ninguém ainda, ninguém nunca me fez preparação, ninguém.” (...) Nenhum ainda me deu esses apoios.” (MFPC 4)

Ao longo do internamento aguardavam por orientações dos profissionais de saúde, mostrando-se recetivos a novas informações que os ajudassem na problemática que estavam a viver.

“Estarei preparado para fazer aquilo que me disserem que eu devo fazer” (MFPC 10)

A informação disponibilizada pelos profissionais de saúde nem sempre correspondeu às necessidades reais dos MFPC, que requeriam informação sobre apoio nos cuidados de higiene, constituindo esta uma das principais preocupações.

“Terá que ter, possivelmente, nesse caso terei que ter uma ajuda muito grande. Não posso fazer, é um corpo muito grande.”... “Parece que há lá umas senhoras que são da..., não sei se é segurança social, se é, eles dizem apoio aos idosos, que elas vão dar o banhinho às pessoas de manhã, fazer a higiene.”... “E eu terei que recorrer aí, não sei como é que hei-de fazer, pois tem que ser” (MFPC 11)

Esperavam que os médicos os orientassem antes do regresso a casa, fornecendo orientações necessárias à continuidade dos cuidados em casa, sendo este o profissional mais referenciado. Nesta perspetiva, os MFPC adotavam uma atitude passiva até ao momento da alta.

“Não sei senhora enfermeira, penso que não. Mas estou à espera que a médica, antes dela sair, que fale comigo. Penso que será assim, não é verdade?” (MFPC 12)



*Não querer incomodar*, foi uma das atitudes presentes, justificando que os enfermeiros se mostravam quase sempre muito atarefados, razão pela qual não os interrompiam nem lhes colocavam questões. O dever de ter de cuidar da pessoa dependente, mesmo durante o internamento hospitalar, levou-os a dispensar a oferta de ajuda disponibilizada por alguns enfermeiros no decurso dos cuidados.

“Não as incomodo, a partir da hora que eu chego aqui eu não as incomodo.” (MFPC 2)

Existia, também, a ideia de que o hospital tinha de se preocupar com as pessoas doentes e não com os familiares.

“O Hospital esgota-se no Hospital. Unicamente. (E 10)

“O Hospital tem de se preocupar com os clientes e não com os familiares.” (...) “Sempre foi assim, o doente é que precisa de ser tratado, não o familiar. Se ajudarem a tratar bem do doente, ajudam o familiar.” (E12)

No entanto, alguns MFPC mostraram-se pró-ativos na obtenção de informação, outros colocavam a hipótese de recorrer ao serviço de internamento se sentissem qualquer dificuldade.

“Às vezes eu faço perguntas.” (...) “...é um misto de observação perguntar mesmo descaradamente, tenho que perguntar, pronto.” (MFPC 10)

“...eu tenho de fazer perguntas, não é, porque a gente tem que se ir informando, não é?” (MFPC 3)

**Perceção dos MFPC acerca do suporte familiar** - Apesar de vários MFPC terem afirmado recorrer a membros da família e/ou a amigos, outros não contaram com esse tipo de apoio. As dificuldades relacionadas com o emprego e, ainda, o facto de os familiares viverem relativamente longe, não permitiu a ajuda desejada.

“Os filhos estão longe, não têm hipótese de auxiliar, não sei... não sei...” (MFPC 4)

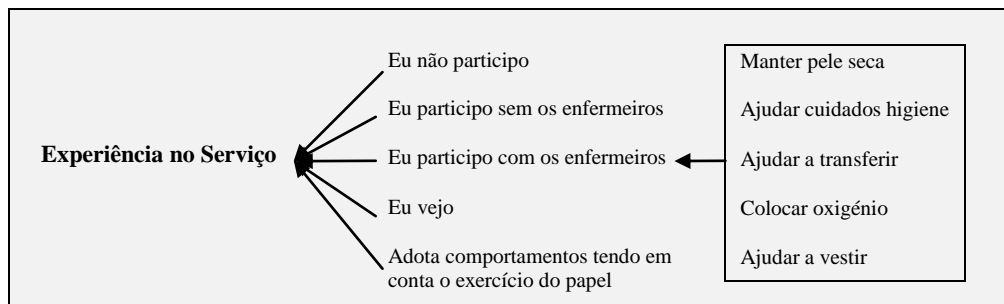
Apesar de ter sido focado que os filhos nem sempre apoiavam diretamente nos cuidados, constituíam, no entanto, o suporte emocional de alguns destes MFPC. *Ser prestador de cuidados* foi assumido como algo de natural, iniciando muitas vezes antes do próprio internamento hospitalar, isto é, desde que a pessoa se deixara de autocuidar. Existia como que uma pré determinação de quem devia assumir o cuidado no seio da família. Entre os cônjuges, o dever de cuidar competia ao elemento que se apresenta como o não doente, independentemente da condição de saúde e/ou capacidade para cuidar. Os filhos exerciam o suporte aos pais, colaborando as filhas com mais regularidade nos cuidados diretos ao progenitor doente. De acordo com as experiências partilhadas pelos cônjuges (masculinos), quando as filhas estavam impossibilitadas de apoiar nos cuidados, recorriam ao suporte de outros elementos, nomeadamente outras mulheres, como noras ou empregadas. Na relação entre filhos/progenitores, constatá-

mos que o autocuidado foi frequentemente promovido pela filha mulher, independentemente da idade, aceitando tacitamente a condição de prestador de cuidados, por falta de outra solução.

### 3.1.3. COMO É cuidar no hospital e em casa

*O envolvimento no hospital* - Durante o internamento hospitalar as experiências dos MFPC foram diferentes, dependendo do seu envolvimento e participação nos cuidados. Assim, surgiu o conceito *Experiência no serviço* englobando as seguintes categorias: *Eu não participo*; *Eu participo sem os enfermeiros*; *Eu participo com os enfermeiros*; *Eu vejo*; *Adota comportamentos tendo em conta o exercício do papel*, conforme ilustrado no Diagrama 5.

**Diagrama 5 - Experiência dos MFPC durante o internamento**



Durante o período de internamento hospitalar, alguns MFPC prestaram cuidados, sem que houvesse uma orientação prévia dos enfermeiros. Os cuidados em que os MFPC mais participaram sem a orientação dos enfermeiros centraram-se em ajudar: *Alimentar, Deambular, Higiene, Levantar, Higiene oral e Fazer a barba*, entre outros (Quadro 10). Por vezes, à hora das refeições, alguns MFPC tomaram a iniciativa de consultar os enfermeiros, colocando dúvidas relacionadas com a possibilidade de trazerem alimentos de casa.

“Como ele hoje não precisava de almoçar, estou sempre com a preocupação de o ajudar a dar aqui o comer.”...” Ele quer que seja eu. Custa-lhe muito comer o comer daqui. Trago umas coisinhas. Digo às senhoras enfermeiras para me deixarem trazer assim umas coisinhas, pergunto, posso trazer isto, posso trazer aquilo.” (MFPC 11)

**Quadro 10 – Cuidados em que participaram durante o internamento**

Participa nos cuidados sem ajuda do enfermeiro	
Ajudar a alimentar	C2;C4;C5;C7;C8;C9;C11;C13;C16
Ajudar a deambular	C2;C4;C6;C8;C16
Ajudar na higiene	C6;C15;C16
Ajudar a levantar	C2;C4;C8
Ajudar a fazer a barba	C4;C15;C17
Ajudar na higiene oral	C4; C17
Acompanhar nos exames	C5
Colocar o urinol	C11
Conetar e desconetar sistema de soro	C5
Trocar a fralda	C7
Trocar e lavar filtros do Ventilador	C7
Dar a medicação	C8
Estar ali sentada ao pé do doente	C4

Os MFPC referiram que os enfermeiros esperavam que estes participassem, durante o internamento, nas refeições das pessoas dependentes no autocuidado, e na toma de medicamentos por via oral, embora o mesmo não fosse esperado em relação a outro tipo de cuidados, como participar nos cuidados de *Higiene e conforto*. Ver e/ou participar com os enfermeiros nos cuidados foram momentos referidos pelos MFPC como de grande utilidade. Durante esses momentos tiveram a possibilidade de tirar dúvidas relativas ao modo de abordar a pessoa dependente e de executar certos procedimentos.

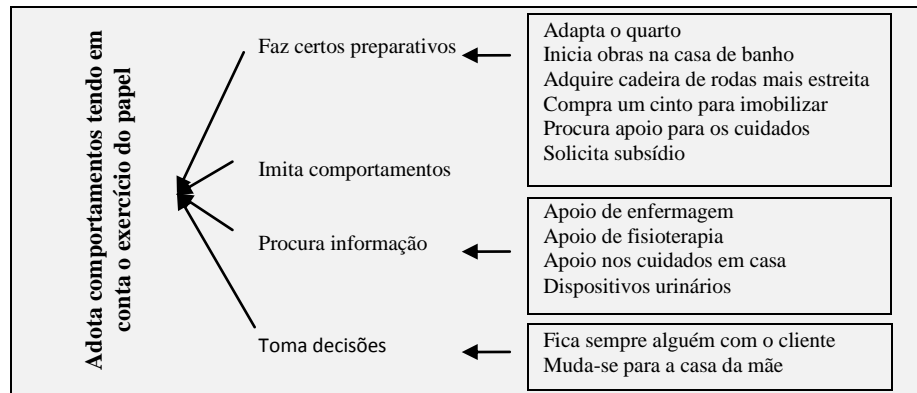
“Sim, via como é que elas lidavam com ele e eu tinha que me adaptar, ajudava-me”...”Vi, mas ninguém me explicou.” (MFPC 4)

Para além de participarem nos cuidados, alguns MFPC: *Fazem preparativos; Procuram informação; Tomam decisões e Imitam comportamentos* dos enfermeiros com base nos cuidados que observaram (Diagrama 6). Alguns MFPC foram pró-ativos, ao modificarem o quarto para receber a pessoa dependente no autocuidado, a casa de banho, ou ao adquirirem equipamento, como cadeira de rodas dimensionadas ao tamanho das portas.

“Portanto há cuidados que eu requeri, estou em lista de espera, estou em lista de espera.” (MFPC 10)  
“...fui falar na paróquia, porque sabia que havia na paróquia. Só que está tudo cheio.” (MFPC 13)

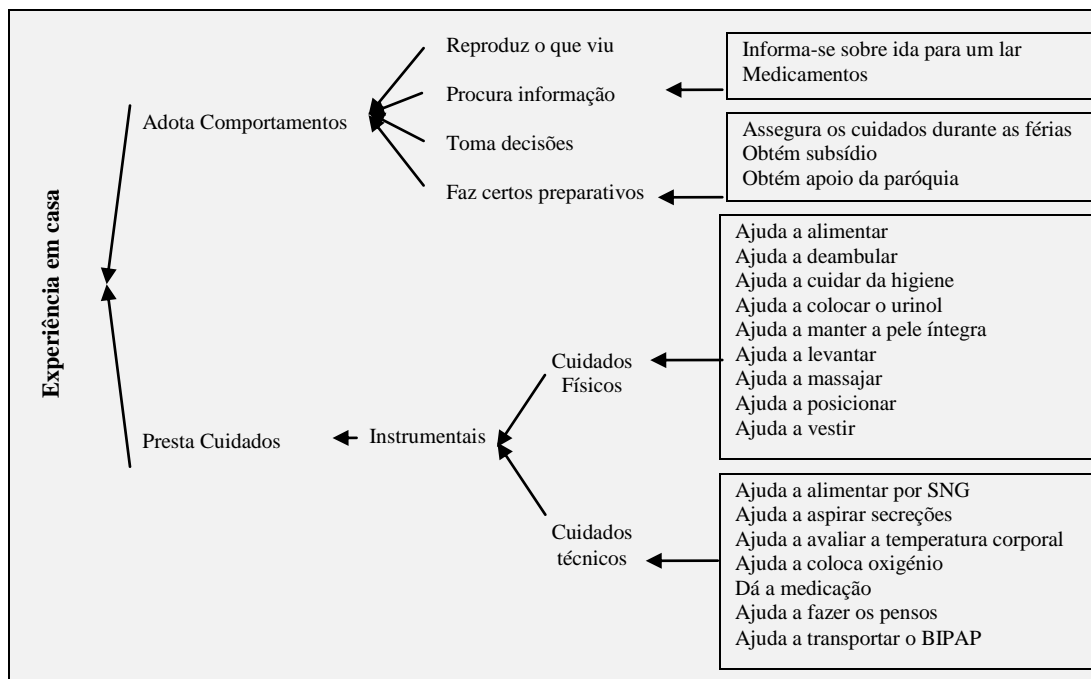
Procurar informação junto da médica de família sobre como obter apoio de enfermagem após a pessoa regressar a casa, ou procurar na farmácia local informação sobre como utilizar os dispositivos urinários, foram alguns dos comportamentos adotados por estes MFPC.

**Diagrama 6 – Adoção de comportamentos tendo em conta o exercício do papel**



*O envolvimento em casa* - A partir das entrevistas efetuadas aos MFPC, emergiram os elementos que permitiram categorizar o constructo *Experiência em casa* (Diagrama 7), sendo este constituído por dois conceitos: *Adota comportamentos* e *Participa nos cuidados em casa*.

**Diagrama 7 - Experiência dos MFPC em casa**



Em casa, alguns MFPC tentaram reproduzir os comportamentos que viram os enfermeiros executar no hospital. Outros tentaram encontrar formas de superarem as dificuldades.

“Não o queriam de costas para não se ferir, para não fazer ferida. Eu em casa também estou sempre a dizer para se virar um bocadinho de lado.” (MFPC 16)  
 “Ensinar, não ensinaram, eu é que via quando eles lhe iam mudar a roupa.” (MFPC 4)  
 “Mas uma pessoa vê, e pronto vai fazendo as coisas conforme viu os enfermeiros, não é?” (MFPC 8)

Alguns MFPC confrontaram-se com cuidados para os quais não estavam preparados, embora sentissem o dever de estar preparados (Quadro 11). Mostraram alguma insegurança face à necessidade de terem de prestar certos cuidados, reforçando a ideia de não lhes ter sido dada a oportunidade de participar durante o internamento.

**Quadro 11 – Expressão de dificuldades**

Do hospital para casa - dificuldades			
Cuidados instrumentais	Cuidados físicos	(17 MFPC) - <i>Antecipa dificuldades</i> Ajudar a alimentar Ajudar a levantar Ajudar a virar /posicionar Ajudar na higiene Ajudar a vestir /despir Trocar fralda Ajudar a deambular Ajudar a colocar urinol Ajudar a manter pele íntegra Trocar roupa cama	(10 MFPC) - <i>Dificuldades percebidas em casa</i> Ajudar a alimentar Ajudar a levantar Ajudar a virar/posicionar Ajudar a cuidar higiene Ajudar a vestir /despir Trocar fralda
	Cuidados técnicos	Cuidados com a aspirar de secreções Cuidados com a algália Cuidados na execução do penso de escara Cuidados no alívio da dor	Cuidados com a aspirar de secreções Cuidados com a algália  Cuidados para manter o penso seco Cuidados na alimentação por SNG Dar medicamentos
Cuidados expressivos	Cuidados afetivos	Lidar com o familiar	

Dar oportunidade toma, assim, a primazia neste processo. A falta de conhecimento e de preparação tornaram-se, portanto, evidentes. A falta de preparação e segurança traduziram-se nas dúvidas, que se mantiveram, decorrido um mês após o regresso a casa. A falta de preparação manifestou-se nos sentimentos de medo e incerteza, que foram transversais ao internamento e se mantiveram, em alguns MFPC, após o regresso a casa, conforme excerto:

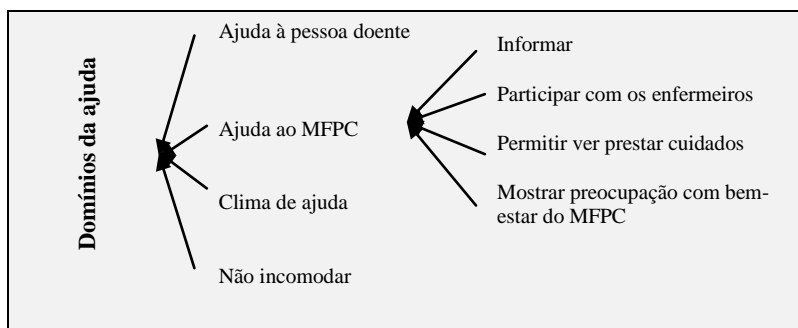
“Senhora enfermeira, continuo a dizer, eu nunca fiz nada ao pé dos senhores enfermeiros.”...” Senhora enfermeira, tenho dificuldade nisso, porque há uma zona onde a sonda chega, daí para baixo ainda sobra um grande pedaço de sonda. Só que eu daí para baixo tenho medo. Não tenho aquela preparação devida. Tenho medo que, realmente, em vez de a sonda ir para certos sítios, que entre para os pulmões. A minha maior dificuldade em aspirá-lo é também o medo que a sonda vá para os pulmões.” (MFPC 17)

Porque algumas pessoas ficaram mais dependentes quando regressaram a casa, a dificuldade em ajudar a deambular deixou de existir enquanto expressão de dificuldade, visto as pessoas cuidadas terem ficado acamadas, acentuando a dificuldade em *Virar, Posicionar, Transferir*. Em casa, emergiram novas dificuldades, que não foram antecipadas durante o internamento hospitalar, nomeadamente dificuldades nos cuidados com a *Alimentação por sonda nasogástrica; dar a Medicação; Manter os pensos secos*.

### 3.1.4. Satisfação face à ajuda recebida

A satisfação face à ajuda manifestou-se em três domínios: *Ajuda à pessoa doente; Ajuda ao MFPC; Clima de ajuda* (Diagrama 8). O confronto com a dificuldade nos cuidados em casa permitiu-lhes reconhecer a importância de serem ajudados durante o internamento hospitalar.

**Diagrama 8 - Satisfação face à ajuda recebida no serviço**



De um modo global, os MFPC sentiram que os profissionais se preocupavam com o bem-estar da pessoa dependente durante o internamento hospitalar. Valorizavam a dimensão afetiva do cuidado, tra-

duzida no reconhecimento de atitudes de carinho, atenção, preocupação que viam os profissionais nutrir pelas pessoas dependentes. No que respeita à ajuda centrada no MFPC, ressaltaram as seguintes categorias: *Preocupação com o bem-estar; Informar; Participar com os enfermeiros; Permitir ver prestar cuidados*. Alguns MFPC reconheceram haver, por parte de alguns enfermeiros, a preocupação com o seu bem-estar, entendendo que este era central para o bem-estar da pessoa dependente.

“...são profissionais e preocupadas com o bem-estar do doente e também com o meu que é central ao doente, derivado ao doente (MFPC 10)

Alguns MFPC especificaram os domínios da ajuda, quer a nível de conselhos, quer a nível de informações, orientações, o que denominaram:

“...naquilo que o hospital pode fazer em termos de preparação ou de ajuda para nos facilitar a vida...” (...) “Mas também sinto que, ao estar lá e ao observar, era a mesma coisa de me estarem a dizer o que é que eu deveria fazer, porque eu tinha a liberdade de fazer perguntas. Se me deixaram ver, é porque queriam que eu aprendesse.” ...”Quando não, correm comigo. Quando não, correm comigo.” (MFPC 10)

Participar com os enfermeiros nos cuidados e perceber os recursos necessários para promover os cuidados foram aspetos que, na perspetiva dos MFPC, facilitaram os cuidados em casa, embora estas práticas não fossem dinamizadas por todos os enfermeiros neste contexto. Ter possibilidade de colocar questões permitiu-lhes valorizar a ajuda efectuada.

“...a única coisa que me têm ajudado é quando vou ter com as senhoras enfermeiras, elas realmente me respondem aquilo que eu pergunto, dentro daquilo que elas podem responder.” (MFPC 17)

Ao longo deste período, de entre os dezassete MFPC, apenas três referiram ter recebido algum tipo de ajuda dos enfermeiros, mostrando-se satisfeitos. A ajuda despertou-os para modos de cuidar diferentes. A ajuda incluiu também a orientação para a assistente social; esta encaminhou-os para o apoio social e/ou comunitário local. No entanto, foram os médicos, enquanto grupo profissional, que mais os encaminharam para a assistente social.

### **3.2. DESOCULTAR OS MODELOS EM USO: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O CONTRIBUTO PARA A TRANSIÇÃO SAUDÁVEL DO MFPC**

O *Processo de Preparação do Regresso a Casa* é um processo segundo o qual os enfermeiros orientam os MFPC no desenvolvimento das estratégias que possibilitam a continuidade dos cuidados após o regresso a casa. *Preparar a alta* é a designação utilizada pelos enfermeiros em referência ao PPRC (Diagrama 9).

#### **3.2.1. O início do Processo de Preparação do Regresso a Casa**

Partindo do pressuposto que o PPRC depende da necessidade de continuar os cuidados em casa, então, quando é que este se deve iniciar? Esta foi a questão de partida, que deu origem a uma diversidade de respostas. Assim, para alguns enfermeiros, o processo deve iniciar-se no momento da admissão da pessoa no hospital, para outros ao longo do internamento, ou ainda, no momento da alta clínica. Apesar de vários enfermeiros terem verbalizado que iniciavam a preparação no momento da admissão da pessoa no serviço, transparece uma intenção, na ação, de um discurso revelador de, na prática, nem sempre ser feito.

“Deveria começar essa preparação logo, no início, no momento em que o cliente foi internado. O que acontece muitas das vezes é que nós começamos a capacitar, ou começamos a envolver a família já muito tarde.” (E18)

O instrumento de colheita de dados do serviço apresenta um campo para registo de um nome e telefone de um significativo a contactar, no caso de necessidade. A necessidade era justificada quando tinham de comunicar à família aspetos relacionados com o agravamento da situação da pessoa hospitalizada, fornecer ou obter qualquer tipo de informação necessária à continuidade dos cuidados durante o internamento. Os enfermeiros consideravam que, com este tipo de informação, identificavam o MFPC. No entanto, este campo, com regularidade, não era preenchido. Constatámos também que os enfermeiros, no momento da admissão e face à situação de dependência da pessoa, não validavam quem a cuidava em casa.





Vários enfermeiros faziam *inferências* acerca do prestador de cuidados, concluindo ser: Aquele que *visitava* a pessoa doente, por ser esta com quem habitava;

“...como pode ser no caso de o cliente não falar, não verbalizar também pelas pessoas que vêm cá “visitar” e pela pessoa que ele tem mais afinidade, ou possivelmente com quem habita, a gente por aí vai tentando perceber realmente qual é o prestador de cuidados principal” (E14)

Aquele que tinha um grau de parentesco direto;

“Como é que eu identifico? Numa primeira abordagem penso que seja a pessoa que esteja mais próxima, parentesco direto.” (E3)

Aquele que acompanhava a pessoa doente na admissão;

“Normalmente acompanha o cliente quando vem da urgência ou transferido normalmente do Hospital de S.M., ou então até mesmo das consultas externas.”...“Normalmente é aquela pessoa que acompanha o cliente já nas consultas ou na ida à urgência.” (E4)

Aquele com quem a pessoa doente tinha mais afinidade;

“...e pela pessoa que ele tem mais afinidade,” (E14)

Aquele que vinha mais vezes *visitar* a pessoa doente;

“...que vem visitar mais o cliente,” (E1)

Ou, ainda, aquele que simplesmente *visitava* a pessoa doente.

“...como pode ser no caso de o cliente não falar, não verbalizar também pelas pessoas que vêm cá “visitar”” (E14)

Os enfermeiros baseavam-se em conclusões inferidas do que observavam, não validando essa percepção quer com a pessoa quer com os familiares, revelando muito poucos possuírem esse conhecimento.

### **3.2.2. Percepção dos enfermeiros sobre a capacidade de autocuidado da pessoa hospitalizada**

A intervenção dos enfermeiros organizava-se à volta dos cuidados à pessoa e da capacidade de esta se autocuidar. Durante a interação enfermeiro-pessoa doente, os enfermeiros referiam que se apropriavam de informações que iam recolhendo de um modo direto junto desta ou indiretamente através de um familiar, quando estabeleciam esse contacto. Esta informação orientava-os em três sentidos: *Situação saúde/doença da pessoa hospitalizada*; *Défice de cuidados*; *Necessidade de cuidados*, registando, por vezes, essa informação em campos próprios do Instrumento de Colheita de Dados no momento da admissão, ou em texto

livre na folha de Notas de Enfermagem. A informação que os enfermeiros recolham ao longo do internamento era considerada fundamental na avaliação do estado geral da pessoa face à capacidade de esta se autocuidar, começando a antecipar a necessidade de cuidados após o regresso a casa. Era a partir dessa avaliação inicial e da evolução da situação, que determinavam a necessidade de envolvimento do MFPC na preparação do regresso a casa. A situação de saúde/doença era dada a conhecer através das alterações físicas e psicológicas que a pessoa apresentava no momento da admissão e que, de um modo gradual ou abruptamente, a tinham limitado na capacidade de se autocuidar.

“Na parte de oncologia saem às vezes dependentes em todas as áreas. São casos terminais em que as pessoas estão aqui, melhoram um bocadinho, vão para casa. Depois tornam a vir, são, são..., pode-se dizer que muitos deles são pessoas completamente dependentes, mesmo que tenham alguma autonomia em termos de mobilidade, muitos deles já têm períodos em que já estão desorientados e é preciso também ter alguém para cuidar.” (E15)

Consideravam ser possível identificar *défices nos cuidados*, através da avaliação das alterações que as pessoas apresentavam no momento do internamento, decorrentes de défices de autocuidado ou défice do prestador de cuidados em “*tomar conta*” da pessoa dependente. Reconheciam ser possível detetar esses défices no momento da admissão, ou ao longo do internamento, como:

Défice de cuidados com integridade cutânea:

“Se por exemplo têm úlceras de pressão, se têm zonas de maceração. São, no fundo, esses sinais que nós observamos” (E5)

Défice de cuidados na *Higiene*:

“...ao vermos o doente, verificamos que não vem em condições, não vem bem cuidado, tem alguns défices de higiene” (E1)

Défice de cuidados na *Alimentação/hidratação*:

“...com sinais de desnutrição, desidratação” (E12)

Défice de cuidados nos *Posicionamentos*:

“Porque há algum tempo até tivemos a situação de uma menina que era a mãe que cuidava e nós achávamos que ela não vinha muito bem cuidada, que precisava de mais, a mãe não a levantava...” porque ela deixava a menina o dia todo na cama, pronto e ela vinha sempre cheia de secreções, com pneumonias de estase.” (E1)

Défice de cuidados na *Ventilação não invasiva*:

“...temos aqui vários reinternamentos, por exemplo, na questão da ventilação invasiva, em que se observa, por exemplo, o número de horas que se fez no domicílio, que se fez conveniente ou não com o padrão que está indicado, até as condições de higiene dos “interfaces” que é a traqueia, a máscara ou do

próprio aparelho, se os filtros estão sujos ou não, se foram mudados ou não, se foram mudados previamente ou não. (E5)

Reconheciam também ser, ao longo do internamento, nos contactos diretos com um elemento da família, que podiam detetar défices nos cuidados, nomeadamente, o não cumprimento do *Regime medicamentoso* conforme instituído pelo médico. Ao mesmo tempo que os enfermeiros identificavam a necessidade de cuidados da pessoa, podiam avaliar o desempenho do MFPC, identificando assim dificuldades e perspetivando potenciais oportunidades de desenvolvimento.

“...porque temos, frequentemente, doentes que fazem medicação a duplicar com vários internamentos acaba por a família ficar um bocadinho baralhada...” “Às vezes há reinternamentos, não por uma complicação, mas por vezes houve uma ausência de um cuidado, um maior cuidado digamos assim, sobretudo a nível da terapêutica, há muita... pelo menos é a perceção que eu tenho, que há falhas na medicação” (...) “Eu acho que a questão da medicação, eu acho que há dois problemas, há um que é o abandono, não sei por questões económicas, por falta de conhecimento se calhar, se calhar por não manter alguma estabilidade, alguma qualidade de vida, e há a questão, outra questão, que é a sobredosagem de medicação misturada de vários internamentos, que nós deparamos com sacos e sacos de medicação alguns deles a duplicar e a triplicar” (E1)

A necessidade de cuidados estava predominantemente associada a cuidados: *Alimentação; Eliminação; Higiene; Posicionamentos*, mantendo-se após o regresso a casa. Ao longo do internamento, os enfermeiros referiram ser possível identificar também as *Alterações físicas e psicológicas; A atitude face ao cuidado* e as *Dificuldades* dos MFPC para assegurarem os cuidados, nas situações em que estes não conseguiam dar resposta às necessidades da pessoa dependente, partilhando com os enfermeiros estas suas preocupações, conforme excertos que se seguem:

“Fica ansioso, preocupado e então recorre à equipa de saúde, aos enfermeiros.” ... “Eu acho que eles continuam a cuidar, mas a própria família fica muito ansiosa quando veem que o familiar piora. Vão preparados para uma coisa, vão preparados para ajudar numa determinada situação, ao verem que a situação degrada mais, ficam mais ansiosos e procuram ajuda.” (E6)

Associavam a intensificação de alguns sentimentos de ansiedade, manifestados pelos MFPC, quando era comunicada a alta hospitalar, não clarificando qual a ação desenvolvida nestas situações. As dificuldades apresentadas pelos MFPC estavam associadas à falta de tempo, à falta de condições pessoais (físicas, psíquicas) e ambientais para assegurarem os cuidados em casa. Alguns enfermeiros conseguiam identificar vulnerabilidades, independentemente dos juízos de valor que por vezes faziam, quando um MFPC colocava questões ou mostrava resistência em levar para casa a pessoa dependente no autocuidado. Afirmavam que evitavam falar da alta, porque esse era um dos motivos que levava os familiares a deixarem de *visitar* a pessoa hospitalizada. Identificavam sentimentos de insegurança, que associavam à

difficuldade dos familiares lidarem com a situação da pessoa dependente, estando subjacente a manifestação de uma necessidade de ajuda. Nestas situações, afirmavam orientar os MFPC para recorrerem ao apoio da assistente social, no sentido de ser este serviço a promover os mecanismos de ajuda. Reconheciam que os familiares chegavam, por vezes, ao serviço, *angustiad*os e *exaustos*, revelando dificuldades para assegurar os cuidados em casa.

Faziam também inferências acerca da disposição dos MFPC para cuidar da pessoa dependente em casa, existindo assim: os MFPC que ao longo do internamento *Colocavam questões* no sentido de obterem respostas orientadoras da ajuda, e aqueles que *Estavam convictos de que sabiam cuidar*. Existiam também MFPC que não conseguiam verbalizar as suas preocupações, embora os enfermeiros reconhecessem que esse aspeto era pouco explorado, saindo frequentemente o MFPC do serviço com dúvidas. Tinham a consciência de que o momento da alta era o período em que os MFPC mais questões colocavam.

Por norma, fosse qual fosse a situação, os enfermeiros esperavam que os MFPC solicitassem ajuda. As dificuldades que os MFPC apresentavam, associavam-nas à falta de conhecimento e de informação.

“...é muito importante que os familiares tenham a perfeita noção das necessidades que os clientes, que os seus familiares que estão doentes têm.

Ao longo das entrevistas, alguns enfermeiros questionavam-se se as informações fornecidas no momento da alta seriam assimiladas, e se os MFPC estariam preparados para continuarem os cuidados em casa.

“Mas há muitas famílias que no dia antes, ou no próprio dia colocavam inúmeras questões que deveriam ter sido tratadas com muito mais tempo de antecipação.” (E19)

Apesar dos enfermeiros identificarem, por vezes, défices decorrentes dos cuidados prestados em casa, sentiam dificuldade em ajudar alguns MFPC a modificar as suas práticas, quando estes se mostravam convictos de que sabiam prestar os cuidados sendo, inclusivé, pró-ativos na prestação de alguns dos cuidados durante o internamento hospitalar.

“...há familiares que acham que já sabem, que eles é que sabem. Tem que ser assim, tem de ser daquela maneira, que às vezes pode não ser a maneira correta. Mas nós também não podemos abordar a família e dizer “*olhe, veja lá... porque não é bem assim*”. Às vezes, temos que ter assim um bocadinho de sensibilidade e não de uma forma muito diretiva dizer que não está a fazer muito bem, e nós permanecemos ali na sala, damos um olhinho e, depois, de uma maneira mais ou menos assim, discreta, tentamos explicar que poderá fazer assim, de outra maneira, talvez seja a forma mais correta, não sei.” (E1)

Perante a consciência partilhada, como é que os enfermeiros envolviam o familiar prestador de cuidados na preparação do regresso a casa?

### 3.2.3. Percepção dos enfermeiros sobre a necessidade de ajuda do MFPC

Os enfermeiros consideravam que, pontualmente, identificavam algumas das dificuldades dos MFPC, embora não o fizessem de um modo sistemático. As ações promotoras de ajuda centravam-se em dois domínios: *Informação sobre prática de cuidados* e *Informação sobre recursos comunitários*. Alguns enfermeiros partiam do pressuposto de que os MFPC sabiam executar grande parte dos cuidados, como *ajudar a Alimentar*, *ajudar a Levantar*, *dar os Medicamentos* ou *ajudar nos cuidados de Higiene*. No entanto, existiam enfermeiros que consideravam que os MFPC necessitavam de ajuda para promover esse tipo de cuidados, não clarificando como desenvolviam essa ajuda (Diagrama 9). Revelavam preocupação com os cuidados que envolviam o regime medicamentoso, sendo dadas orientações específicas no momento da alta, reconhecendo que não privilegiavam de igual modo todos os cuidados. No entanto, tinham consciência de que nem todos os MFPC estavam preparados para continuarem os cuidados em casa.

Às vezes a gente centra-se muito na medicação, nos horários da medicação, no ensino das tomas da medicação mas, muitas vezes, essa não é a principal dificuldade deles. É realmente na satisfação das atividades de vida diárias que, para nós, são as coisas que dizemos que são mais básicas mas que, por vezes, nem são. “ (E14)

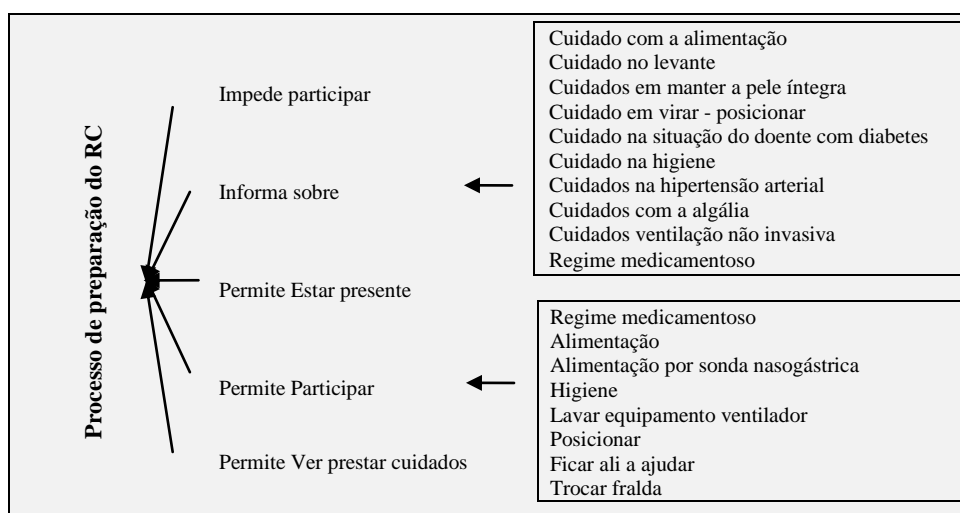
### 3.2.4. A preparação do regresso a casa: percepção dos enfermeiros sobre os seus contributos

Com base nas entrevistas, foram identificadas as ações dos enfermeiros junto dos MFPC, tendo emergido o conceito *Experiência no hospital*, do qual fazem parte as categorias *Impede de participar*; *Informa sobre os cuidados*; *Permite estar presente*; *Permite participar*; *Permite ver prestar cuidados* (Diagrama 10). Apesar de alguns enfermeiros reconhecerem a necessidade de preparar o MFPC para continuarem os cuidados em casa, outros mostravam alguma indiferença face a esta necessidade. Alguns enfermeiros confrontavam-se com a vontade expressa dos MFPC verem prestar cuidados, sendo-lhes dada essa possibilidade. Nas restantes situações, reconheciam que não envolviam os MFPC, independentemente das dificuldades que estes pudessem apresentar. Assim, a participação nos cuidados dependia da

sensibilidade do enfermeiro face à manifestação de interesse, isto é, do desejo do MFPC em ver prestar os cuidados.

...“ Há colegas meus que a família apenas observa, explicam o procedimento, mas depois não deixam a família mexer, não deixam a família ser ela a fazer.” (E1)  
“Não sei se é antes de a gente saber que existe uma previsão de alta, se é hábito realmente envolver o familiar. Eu acho que não. Só se a pessoa mostrar muito interesse, “*Olhe deixe que eu faço*” Acho que sim, acho que a gente acaba por permitir. Mas se uma pessoa não mostrar muito interesse a gente não deixa que ela.” (E13)

**Diagrama 10 - Experiência do enfermeiro no Hospital**



Alguns enfermeiros reconheciam que impediam os MFPC de estarem presentes, solicitando para saírem antes do início dos cuidados. Outros, não se identificando com este modo de agir, no entanto, reconheciam, de entre os pares, os que pediam sempre às *visitas* (incluindo o MFPC) para se retirarem aquando da realização de qualquer tipo de cuidado.

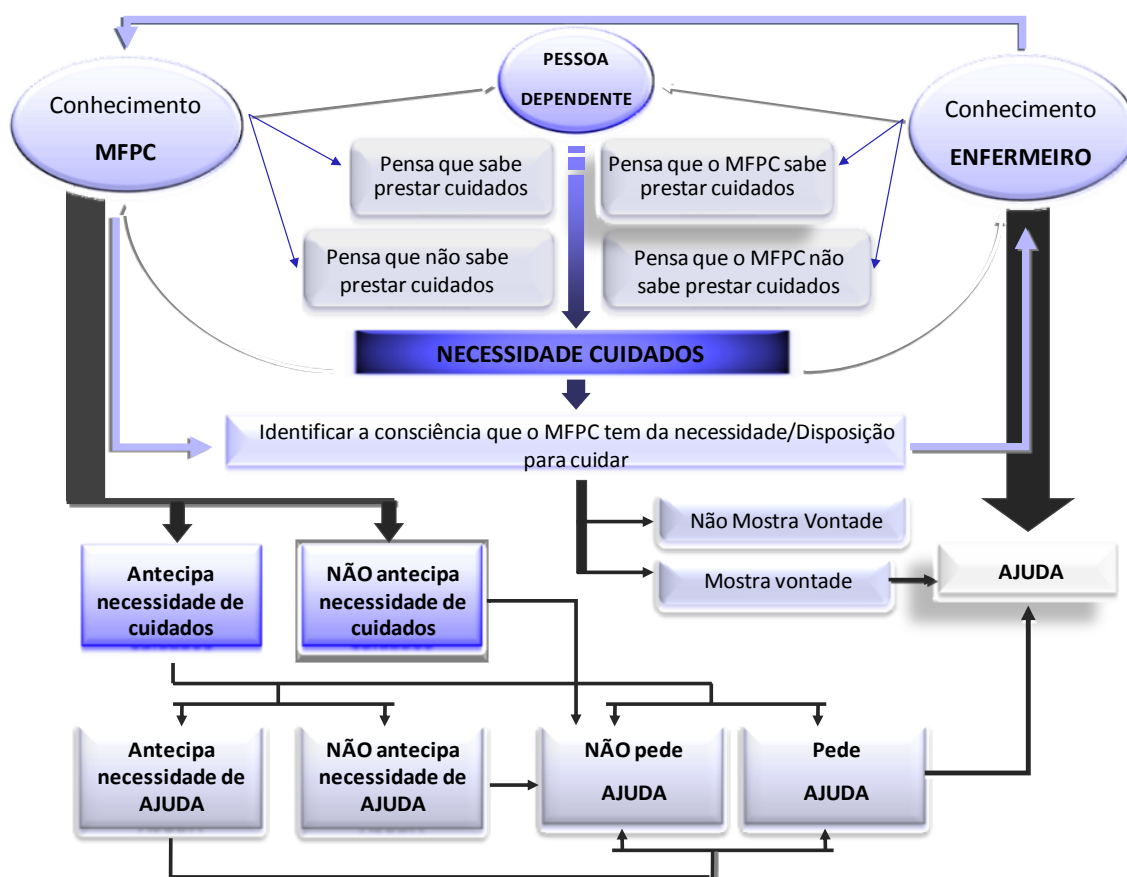
“Há colegas meus que convidam, não perguntam se querem ficar ou se não querem e, convidam a família a sair. E depois acho que depende um pouco também de cada um” (E1)

### 3.3. NECESSIDADE DE MUDANÇA E OPORTUNIDADE DE DESENVOLVIMENTO DAS PRÁTICAS FOCADAS NO MFPC

Os modelos em uso neste serviço foram reveladores da não existência de um plano de preparação do regresso a casa dirigido aos MFPC das pessoas dependentes no autocuidado, fenómeno que tem sido apresentado em vários estudos (McBride, 1995;

Bull e Kane, 1996; Sousa, 2005). Os enfermeiros nem sempre identificavam os MFPC, nem os envolviam num PPRC, apesar de alguns MFPC sentirem essa necessidade, como se apresenta no Diagrama 11.

**Diagrama 11 - Modelos em uso**



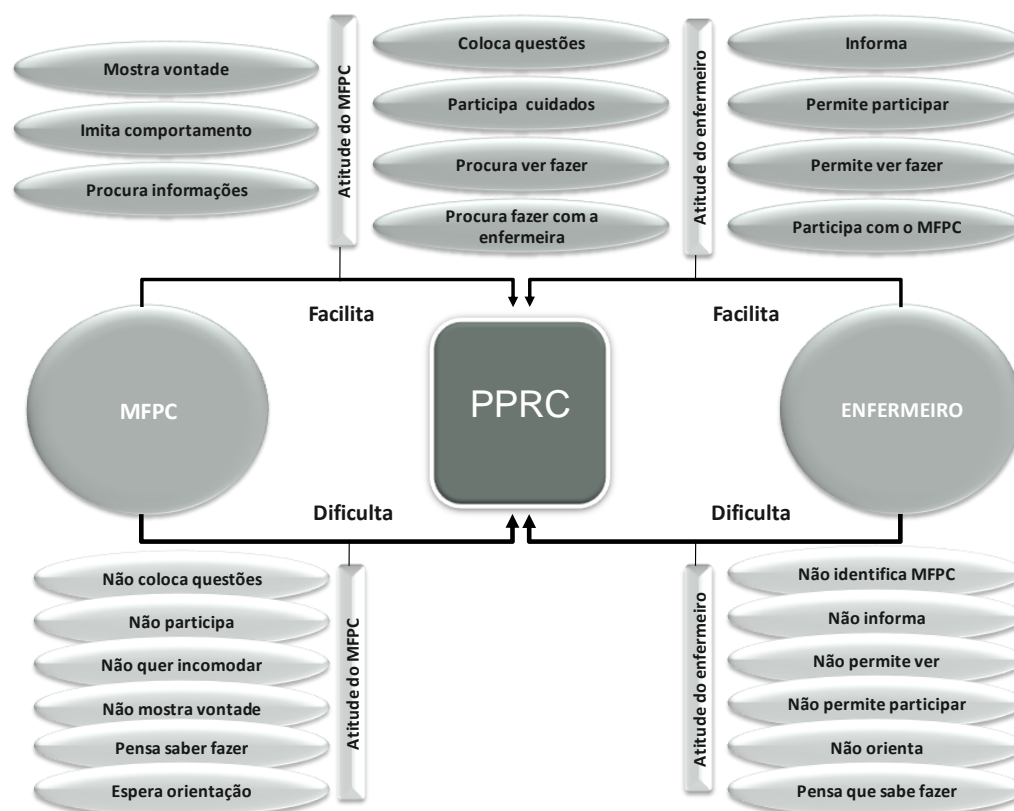
Os MFPC esperavam, assim, *que alguém se lhes dirigisse*, sendo esta uma expectativa mantida até ao momento da alta clínica. Esta atitude era justificada, por não quererem incomodar os enfermeiros nas suas atividades, mas também, por terem receio que lhes limitassem a presença no serviço ao período definido como *hora das “visitas”*.

Os enfermeiros esperavam que os MFPC tomassem a iniciativa de colocar dúvidas. No entanto, alguns MFPC, por não terem consciência da necessidade real de cuidados da pessoa dependente, não conseguiam antecipar a necessidade de ajuda, verifican-



do-se que, por norma, os enfermeiros não intervinham na identificação das dificuldades dos MFPC de forma sistematizada. Os enfermeiros admitiam que não existia um plano de preparação do regresso a casa, apesar de reconhecerem que os MFPC pudessem ter dificuldades. Os MFPC que, durante o internamento hospitalar, tinham tido oportunidade de participar com os enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa dependente no autocuidado, mostraram-se satisfeitos por saberem como continuar os cuidados em casa. Estamos, assim, em presença de alguns fatores, que neste contexto, facilitaram e/ou dificultaram a preparação dos MFPC (Diagrama 12).

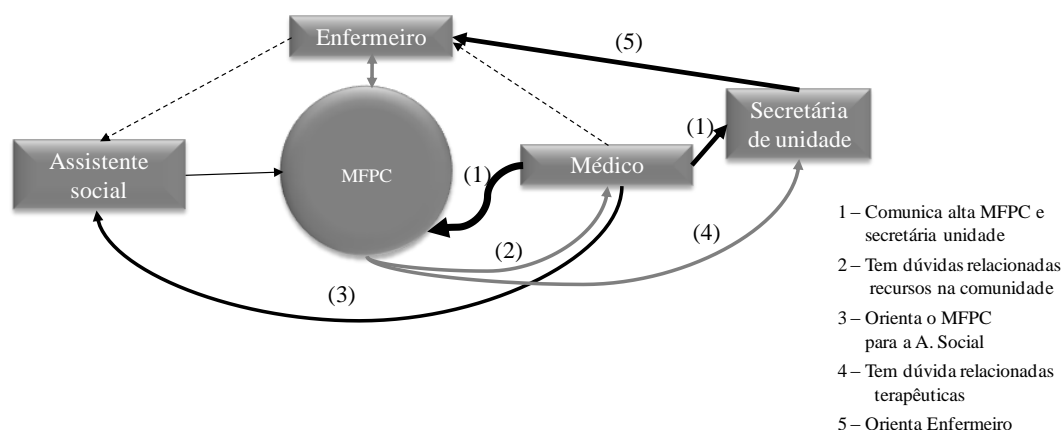
**Diagrama 12 - Fatores que facilitam/dificultam o PPRC**



Estes fatores estão associados a características pessoais (quer dos enfermeiros quer dos MFPC) em tomar a iniciativa para *ajudar* ou *ser ajudado*. Os enfermeiros partiam do pressuposto de que os MFPC sabiam como prestar cuidados: *Higiene, Alimentação, ajudar a Levantar* ou *a dar a Medicação via oral*. Isto porque, durante o internamento, os MFPC tomaram a iniciativa de realizar alguns destes cuidados sem a prévia orientação dos

enfermeiros. Apesar dessa percepção, as dificuldades em casa centraram-se nos cuidados de *Higiene*, à semelhança do que Lage (2007) encontrou no seu estudo. Se por um lado existiam MFPC que se envolviam na prestação de cuidados durante o internamento hospitalar, tomando a iniciativa de encontrar soluções para darem continuidade aos cuidados em casa, outros não tomaram esta iniciativa. Revelaram ter falta de conhecimento acerca das necessidades reais de cuidados da pessoa dependente no autocuidado, assim como falta de informação acerca das redes de apoio na comunidade. Com regularidade os MFPC saíram do hospital sem qualquer tipo de orientação (Wiles, Pain, Buckland e Mclellan, 1998; Mant, Carter, Wadee Winner 1998; Kerr e Smith, 2001; Smith, Lawrence, Kerr, Langhorne e Lees 2004; Robinson e Francis, 2005). O encaminhamento para a assistente social ocorria geralmente no momento da alta, após o MFPC colocar algumas dúvidas ao médico (Diagrama 13).

**Diagrama 13 – Dúvidas dos MFPC após a comunicação da alta**



As dúvidas derivavam da necessidade de recursos em casa, ou das terapêuticas prescritas. A alta era geralmente comunicada aos enfermeiros pela secretária de unidade, ou pela própria pessoa/MFPC. Cinco (5) dos dez (10) MFPC entrevistados em casa referiram que não tinham recebido a carta de alta de enfermagem. Para muitos MFPC a consciência da dificuldade emergiu após o regresso a casa da pessoa dependente. Em casa, identificámos défices de conhecimentos ao nível de: *Prevenção de aspersão; Posicionamentos; Transferência; Prevenção da maceração; Regime medicamentoso; Trocar a fralda; assistir na Alimentação; assistir na Alimentação por SNG; assistir na Higiene; assistir no Levante; Recursos de apoio social*. A falta de conhecimentos e de competências podem agravar as consequências nos cuidados (Nolan e Grant, 1989; Roca Roger e Úbeda Bonet, 2000).

Apesar de, pontualmente, alguns MFPC terem recebido alguma informação, continuaram a referir insegurança em casa, nomeadamente em cuidados instrumentais com a *Aspiração de secreções* e a *Alimentação por sonda nasogástrica*. Estas situações decorreram da falta de avaliação das capacidades dos MFPC para exercerem os cuidados em casa (Shi, 1995), traduzindo falta de preparação (Heaton e Arksey, 1999; Naylor, 2002) e de envolvimento nos planos de assistência (Martins, 2002; Martins, 2006). Isto porque os MFPC, durante o internamento, são frequentemente reduzidos à condição de meros *visitantes*, tal como refere Gibbon (1988).

A comunicação da alta precipitava o aparecimento de stress nos MFPC, podendo ter repercussões no bem-estar das pessoas dependentes, como refere o estudo de Soothill, Morris, Harman, Francis, Thomas e McIlmurray (2001). Quando os MFPC não conseguem utilizar os seus próprios recursos para responderem às diferentes situações, ficam perturbados, necessitando de ajuda externa para delimitar fronteiras, dosear o stress, ou simplesmente para reorganizar as tarefas, constituindo estes momentos de vulnerabilidade (Bull, Maruyama e Luo, 1995; Meleis, Im, Messias e Schumacher, 2000; Martins 2002). A ansiedade e o stress vividos ao longo do internamento pelo MFPC podem ser detetados e as dificuldades podem ser identificadas pelos enfermeiros, antes do regresso da pessoa a casa.

A saída do hospital após a alta desencadeou, assim, sentimentos de desamparo, pois os MFPC sentiram-se muitas vezes entregues a si próprios. O regresso a casa foi vivido como um momento emocional traumático (Meleis, Im, Messias e Schumacher, 2000), pois manteve-se a incerteza de como conciliar os diferentes compromissos pessoais e profissionais. Ao longo deste processo, sentiram necessidade de trocar informações, com a finalidade de esclarecerem dúvidas, de forma a poderem responder às exigências que a situação lhes impunha. Em casa, emergiram sentimentos de ameaça, frustração, geradores de stress e ansiedade. Esses sentimentos provocaram desconforto, manifestando-se de múltiplas formas, como os sintomas físicos ou psicológicos que se mantiveram mais ou menos exacerbados de acordo com o passar do tempo, tornando-se, assim, vulneráveis ao risco (Meleis e Trangenstein, 1994; Bull, Maruyama e Luo, 1995; Meleis, Im, Messias e Schumacher, 2000; Santos, 2003). Este fenómeno tem sido descrito na literatura e faz parte da CIPE (2005, p.51) como *Stress do prestador de cuidados*. Vários estudos têm sido realizados centrando-se no impacte que o stress tem no prestador de cuidados, tendo alguns teóricos desenvolvido teorias específicas e modelos que têm sido utilizados ao longo do tempo.

Destaca-se: a teoria geral do stress de Lazarus e Folkman (1984); o modelo de stress familiar de Patterson (1989); o modelo geral de stress de Pearlin e Skaff (1996) e Pearlin, Mullan, Semple e Skaff (1990) e o modelo de Lawton, (Lawton, Kleban, Moss, Rovine e Glicksman, 1989), sendo entretanto validados, adaptados e construídos instrumentos de medida da sobrecarga do prestador de cuidados, que foram aplicados por investigadores portugueses no âmbito da enfermagem (Martín, Paúl e Roncón, 2000 e Lage 2007; Martins, 2006; Imaginário, 2004). Os resultados da investigação têm revelado que a competência dos cuidadores pode fazer a diferença na diminuição do risco (Lage, 2007) o que justifica, no nosso entender, o investimento nesta problemática.

### **3.4. CLARIFICAR OS PROBLEMAS: APONTAR NOVOS RUMOS NO ÂMBITO DO PPRC**

Com base nos resultados deste primeiro estudo, focado na perceção do MFPC (entrevistas: durante o internamento e um mês após o regresso a casa), e na perceção dos enfermeiros sobre o seu contributo na promoção de transições saudáveis dos MFPC, promovemos reuniões com todos os enfermeiros, a fim de serem identificados e clarificados os diferentes aspetos do problema. Argyris e Schön (1996), ao longo das suas pesquisas sobre aprendizagem organizacional, concluem que as pessoas guardam mapas mentais de como planear, implementar e analisar as suas ações. No entanto, são poucas as que têm consciência do seu modo de agir, agindo de modo diferente do que pensam. Esta situação (*o que as pessoas dizem que fazem e o que realmente fazem*) deu origem aos conceitos da teoria assumida (*espoused theory*) e da teoria praticada (*theory-in use*), defendida por estes autores. Assim, conhecer o que os enfermeiros faziam, através do reconhecimento do que diziam que faziam, foi o estímulo que possibilitou clarificar o problema.

Reconhecer implica conhecer, refletindo-se o conhecimento no grau de congruência entre o que os enfermeiros diziam sobre o processo e as respostas que daí resultaram (Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher, 2000). Chick e Meleis (1986) incluem o conhecimento enquanto característica da definição de transição e o seu significado na transição, pois uma pessoa deve obter algum conhecimento das alterações que ocorrem e que experimenta. O nível de conhecimento dos enfermeiros influencia assim o nível de compro-

misso, e esse compromisso pode não surgir se não existir conhecimento. O nível de compromisso de um enfermeiro que tem consciência do modelo em uso é diferente daquele que não detem esse conhecimento. Deste modo, fez sentido refletir com todos os enfermeiros sobre o que diziam que faziam e o que realmente faziam, pois foi importante tomarem consciência das teorias em uso, de modo a serem identificadas as congruências e incongruências (Basto, 1998).

Promovemos assim reuniões de Junho a Outubro de 2008 com todos os enfermeiros, onde refletimos sobre os resultados do estudo referido. A partir daí identificámos os problemas, sendo sugeridos os aspetos a melhorar. Privilegiámos, nestas reuniões, refletir acerca das dificuldades sentidas pelos MFPC no exercício do papel após o regresso da pessoa dependente no autocuidado a casa, assim como da necessidade de mudança. Esta etapa tornou-se particularmente importante, pois determinou os aspetos a contemplar na estrutura a implementar. Emergiu a consciência de que o processo requeria um trabalho diferente, não só na articulação dos enfermeiros com o MFPC, mas também no modo de se articularem na equipa de enfermagem e com os outros profissionais. A reflexão em torno dos aspetos do problema identificado foi reconhecida como uma etapa importante do ciclo da investigação-ação.

“Eu acho que até agora ninguém se tinha confrontado com esta temática. Todos tentamos educar consoante o que achamos que é necessário, mas de facto há muitas necessidades que ficam por se identificar, e se calhar se não viesse estudar este problema em si, nós continuávamos na nossa rotina, umas vezes por falta de tempo, outras vezes, não tanto por falta de tempo mas por falta de atenção. Não estamos despretos para esta temática, e se não viesse com este tema não conseguíamos ver da importância, realmente de preparar bem os familiares, e com isso podermos contribuir para reduzir alguns reinternamentos, porque muitas das vezes aparecem-nos doentes com pneumonias de aspiração, sabe-se lá porquê, entre muitas outras coisas.” (E8 diag.)

Apesar de alguns enfermeiros terem referido que desempenhavam esta função, os dados documentados indicam que os cuidados se centravam na pessoa hospitalizada, não havendo referência à preparação do MFPC para continuarem os cuidados em casa. Mesmo que alguns, pontualmente, desenvolvessem algumas ações no âmbito da preparação do MFPC, estas não constituíam a regularidade, tendo em conta as necessidades expressas. No entanto, existia a consciência geral de que alguns aspetos deveriam ser melhorados.

“Há a intenção. Mas efetivamente essa participação não se faz, se calhar.”... “Eu acho que, por vezes, desempenhamos a função, embora, embora como está aqui provado, se calhar não a desempenhamos tão corretamente ou tão quanto seria desejável” (E12 diag.)

Porque acreditamos que as mudanças só se processariam se fizessem sentido para quem as tinha de implementar, tornou-se necessário identificar e clarificar junto dos enfermeiros as áreas suscetíveis a mudança. Os enfermeiros afirmavam existir as condições para se iniciar o processo de mudança. Estava presente a consciência da necessidade e a vontade expressa em mudar. Referiam haver recursos físicos e humanos que podiam facilitar o processo. O tempo para que o enfermeiro pudesse promover esse tipo de cuidados, à partida, como revelaram os excertos de alguns enfermeiros, não constituía um fator dificultador. Existia um clima favorável durante a identificação do problema e durante a proposta das estratégias de mudança.

“Eu penso que há condições para os trabalharmos todos. Há recursos e há tempo... Eu acho que não há grandes entraves em termos de que se altere no fundo uma cultura que está enraizada, eu acho que até temos condições muito propícias neste serviço para fazermos esse tipo de abordagem.” (E5 diag)

Tínhamos então de equacionar o que fazer, como e quando fazer. Os dados partilhados nestes momentos de reflexão foram contributos importantes para o delinear de estratégias que ajudaram na construção do processo de planeamento do regresso a casa, onde identificar o MFPC e as suas dificuldades, informar, ver fazer e fazer tomaram a primazia neste processo, conforme o excerto que se segue:

“Que é importante, nós aqui deixarmos os familiares ver fazer os cuidados, se calhar algumas coisas que para nós são simples, mas para aquele familiar é mais complicado, porque ver é uma coisa, mas fazer, se calhar também é importante eles fazerem com a nossa presença. Porque é assim, um dia ouviam e se calhar viam e num outro dia se calhar eles faziam, e na nossa presença dizíamos o que estava menos bem, ou que poderia ser feito de forma diferente. Depois em casa tornava-se mais fácil porque estavam mais à vontade, pronto as pessoas sentiam-se mais à vontade porque já fizeram junto do enfermeiro.” (E17 diag.)

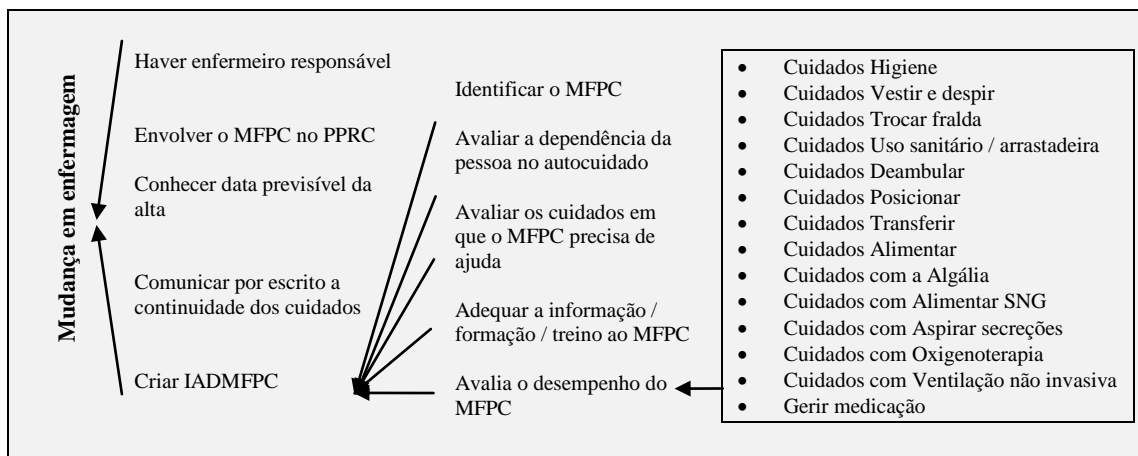
Identificar o MFPC para, a partir daí, ser identificada a necessidade de ajuda, surgiu como o primeiro aspeto do problema a solucionar (Diagrama 14).

Identificar o MFPC não era um procedimento uniforme, existindo alguns procedimentos que não facilitavam a sua identificação.

“... nós quase que intuitivamente vamos escolher essa pessoa que está mais dedicada ao doente que mostra que, que nos indica, dá-nos os indicadores de que será essa pessoa que futuramente quando for para o domicílio será ela a mais indicada, supomos nós, mas nem sempre é isso que corresponde à realidade.” (E12 diag.)

“Como é que eu sei que é o cuidador? Normalmente é o cônjuge, não é? (E 8 diag.)

**Diagrama 14 – Necessidade de mudanças identificadas nesta fase da investigação-ação**



Os testemunhos foram reveladores de que a identificação do MFPC não era feita junto da pessoa dependente e/ou junto do familiar no momento da admissão. Havia, assim, a necessidade de se aferir quem era esta pessoa, para a partir daí a incluir no PPRC. Os dados reforçavam a percepção que individualmente os enfermeiros tinham acerca da necessidade de mudança do modelo em uso, onde nem sempre a percepção individual, relativamente ao envolvimento e participação do MFPC nos cuidados correspondia, de facto, à ajuda que percecionavam disponibilizar. Todos admitiam ser importante trabalhar com o MFPC durante o internamento hospitalar. Trabalho que, de algum modo, alguns iam fazendo, mas que nem todos valorizavam de igual modo, enquanto importância atribuída, tendo em conta a continuidade dos cuidados. Sistematizar a preparação do regresso a casa passava a ter um novo significado, pois havia consciência da importância do próprio processo, quer para a pessoa, quer para o MFPC. Havia também a necessidade de serem definidas ações a desenvolver, com vista à implicação de todos no PPRC. Surgiu a necessidade de ser criado um instrumento que permitisse registar as necessidades da pessoa hospitalizada e as dificuldades do MFPC, assim como o trabalho a desenvolver ao longo das diferentes etapas do processo.

“Um instrumento seria um passo essencial, para que nós não nos esquecêssemos de fazer essa identificação dos problemas de cada família, de cada cuidador, e depois tendo um instrumento para registar os dados e mediante isso atuarmos.” (E8 diag.)

Entendiam que o método de distribuição de trabalho era um dos aspetos que deveria também ser objeto de reflexão.

“É claro que ao nível dos próprios métodos de trabalho terão que se fazer opções em termos de como é que se vai trabalhar isto. Poderá ser facilitador o método de trabalho que se vai utilizar, para se implementar este tipo de cuidados.” (E 5 diag.)

A falta de comunicação entre médicos e enfermeiros era apontada como um fator que dificultava a preparação do MFPC. Os enfermeiros assumiam, assim, como áreas susceptíveis de mudança:

- Identificar o MFPC
- Envolver o MFPC no PPRC (RC)
- Criar um instrumento de avaliação das dificuldades do MFPC (IADMFP)
- Definir um enfermeiro de referência, responsável pelo plano de preparação do regresso a casa (PPRC)
- Articular com os médicos, de modo a conhecer a previsão da data da alta e as terapêuticas prescritas
- Comunicar a informação na equipa de modo a promover a continuidade dos cuidados

Esta primeira fase correspondeu à identificação do problema em torno do qual se estruturou o processo de mudança. A reflexão permitiu o compromisso para a mudança. O questionamento que emergiu da reflexão dos modelos em uso permitiu apontar novos caminhos, na procura sistemática de novos referenciais e de uma nova ordem.



### 3.5. OBRAS CITADAS

- Argyris, C. e Schön, D. (1982). *Theory in practice: increasing Professional effectiveness*, San Francisco. Jossey- Bass Publishers
- Argyris, C. e Schön, D. (1996). *Organizational learning II: Theory, method and practice*, Reading, Mass: Addison Wesley
- Basto, M. L. (1998). *Da intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiros*. Lisboa: Rei dos Livros.
- Bonet, I. Ú. (2009). *Calidad de vida de los cuidadores familiares: evaluación mediante un cuestionario*. Programa de Doctorado de Ciências Enfermeras. Escuela de Enfermería de la Universitat de Barcelona
- Bull M.G.e Kane R.L. (1996). Gaps in discharge planning. *Journal of Applied Gerontology*. 15 (4) p.486-500
- Bull, M. J., Maruyama, G. e Luo, D. (1995). *Testing a model for post Hospital transition of family caregivers for elderly persons*. Nursing Research. V. 44 (3). pp. 132-145
- Chick N. e Meleis A.I. (1986). Transitions: a nursing concern. In: Chinn PL, ed. *Nursing Research Methodology: Issues and Implantation*. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers
- Conselho Internacional de Enfermagem (2005) – *CIPE versão 1: classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Couceiro, M. do L. (1996). *Reflexão sobre a prática profissional: uma experiência de formação de professores*, in: Formação saberes profissionais e situações de trabalho, vol. II, IV Colóquio Nacional da AIP ELF/AFIRSE, Lisboa, Universidade de Lisboa, pp. 419-428
- Gibbon, B. (1988). O stress nos familiares dos doentes. *Nursing*, nº 11, p.46-48
- Heaton e Arksey (1999). Carers` experiences of hospital discharge and continuing care in the community. *Health and Social Care in the Community*, 7 (2) p. 91-99
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- IMSERSO. (1995). *Cuidados en la vejez; el apoyo informal*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Kerr, S.M. e Smith, L.N. (2001). Stroke: an exploration of the experience of informal caregiving. *Clinical Rehabilitation*. 15 (4) p. 428-436. Disponível on-line em: <http://search.epnetcom/login.aspx?> Acedido em 22/12/2005

- Lage, M. I. G.de S. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacto do cuidado no prestador de cuidados*. Tese de doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Porto. Portugal
- Lawton, Kleban, Moss, Rovine e Glicksman (1989). Measuring caregiving appraisal. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 44, p.61-71
- Lazurus, R. S.e Folkman, S. (1984). *Estros e processos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Mant, J., Carter, J., Wade, D. T. e Winner, S. (1998). The impact of an information pack on patients with stroke and their carers: randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 12(6): p.465-476.
- Martín, I.; Paúl, C. e Roncón, J. (2000). Estudo de adaptação e validação da Escala de Avaliação do Cuidado Informal. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 1 (1), p.3-9.
- Martins, M.M. (2002). *Uma crise acidental na família: o doente com AVC*. Coimbra. Formasau
- Martins, T. (2006). *Acidente vascular cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.
- McBride, R.C. (1995). An audit of current discharge planning arrangements and their effectiveness on elderly care wards and community nursing services together with aspects of client satisfaction. *Journal of Nursing Management*. 3 (1) p.19-24. Disponível on-line em: <http://search.epnetcom/login.aspx?> Acedido em 19/12/2005
- Meleis, A. I. e Trangenstein, P.A. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. 42 (6) p. 255-259.
- Meleis, A.I., Sawyer, L.M., Im, E.O., Messias, A.K.H. e Schumacher K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*. 23 (1) p. 12-28.
- Moreira, I. M.P.B. (2001). *O doente terminal em contexto familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Formasau, Coimbra
- Naylor, M.D. (2002). Transitional care of older adults. *Review of Nursing Research*. 20 p.127-147
- Nieto C. M. (2002). *Ante la enfermedad de Alzheimer: pistas para cuidadores y familiares*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Nolan, M. e Grant, G. (1989). Addressing the needs of informal carers: a neglected area of nurse's practice. *Journal of Advanced Nursing*, 14 (5) P. 950-961
- Patterson, J. M. (1989). A family stress model: the family adjustment and adaptation response, In: C. N. Ramsey (ed.), *Family systems in medicine*. (p. 116-150). New Work: Guild Publications.

- Pearlin, L. I.; Mullan, J. T.; Semple, S. e Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30, p.583-594.
- Pearlin, L. I. e Skaff, M. M. (1996). Stressed and life course: A paradigmatic alliance. *The Gerontologist*, 36(3), p.239-247.
- Pinquart, M. e Sorensen, S. (2003). Differences between caregivers and no caregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18 (2), p.250-267.
- Robinson, .L; Francis, J (2005) – Caring for carers of people with stroke: developing a complex intervention following the Medical Research Council framework. *Clinical Rehabilitation* p.560-571 <http://web19.epnetcom/resultlist.asp?> Acedido em 12/08/2005
- Roca, R. M; Ubeda, B. I, Fuentelsaz, G.C; López, P. R e Pont, R. A. (2000). Impact of caregiving on the health of family caregivers. *Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria*. Sep 15; Vol. 26 (4), p. 217-23
- Rodriguez, B et al. (2001). Cuidadores informales – necesidades y ayudas. Ver. ROL E nf. 24 (3) p.183-189
- Santos, C. S. V. de B. (2003). *Representação cognitiva e emocional, estratégias de coping e qualidade de vida no doente oncológico e família*. Tese de Doutoramento Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Porto. Portugal
- Shi, S.L. (1995). Evaluation on the implementation of discharge nursing plan. *Journal of VGH Nursing*, 12(3), p. 340–346.
- Smith, L. M., Lawrence, M. Kerr, S. M., Langhorne, P. e Lees, K. R. (2004). Issues and Innovations in Nursing Practice - Informal carers' experience of caring for stroke survivors. *Journal of Advanced Nursing*, 46(3): 235-244.
- Soothill, K. Morris, S. M., Harman, J. C., Francis, B., Thomas, C. e McIlmurray, M. B. (2001). Informal carers of cancer patients: what are their unmet psychosocial needs? *Health and Social Care in the Community*, 9(6): 464-475
- Sousa, P. A.F. (2005). *O sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo*. Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, tese de doutoramento
- Strauss, A. e Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research; Grounded theory procedures and techniques*. London: Sage
- Wiles, R., Pain, H. Buckland, S. e Mclellan, L. (1998). Providing appropriate information to patients and carers following a stroke. *Journal of Advanced Nursing*. 28 (4) p. 479-488.



## **CAPÍTULO 4: PLANEAMENTO DA MUDANÇA**

---

Face ao ritmo rápido e constante de desatualização dos conhecimentos e da criação de novos saberes, o mundo moderno exige prioritariamente do enfermeiro competências que lhe permitam reconceptualizar situações, resolver problemas, procurar soluções inovadoras adequadas ao contexto e potenciadoras de novas situações num curto espaço de tempo. Preparar o MFPC para regressar com a pessoa dependente a casa impõe aos enfermeiros esse desafio, ao terem de recriar, modificar ou melhorar a qualidade do exercício profissional em uso.

Mas, estarão todos os profissionais dispostos a responder a esse desafio, intervindo com os MFPC no PPRC da pessoa dependente no autocuidado? Sendo este um processo que exige de ambas as partes dispêndio de energia, acreditamos que o desafio será possível, podendo, no entanto, levar algum tempo. Sabemos que este é um processo que requer disponibilidade, esforço, vontade e uma crença interior de que juntos podemos construir um trabalho diferente no âmbito do PPRC.

Neste capítulo apresentamos as propostas de mudança dos enfermeiros em função do estudo desenvolvido, permitindo situá-las à medida que a reflexão foi clarificadora do trabalho efetuado. A inquietação e a abertura à mudança, decorrente da investigação em curso, tiveram influência no desenvolvimento dos enfermeiros neste contexto. Apresentamos as descrições contextualizadas do modo como, na presente investigação, evoluíram as decisões, e se lidaram com as tensões que aí, e a partir daí, foram surgindo.

### **4.1 DO PROBLEMA E DAS OPORTUNIDADES DE DESENVOLVIMENTO, AO PLANEAMENTO DO PROCESSO DE MUDANÇA**

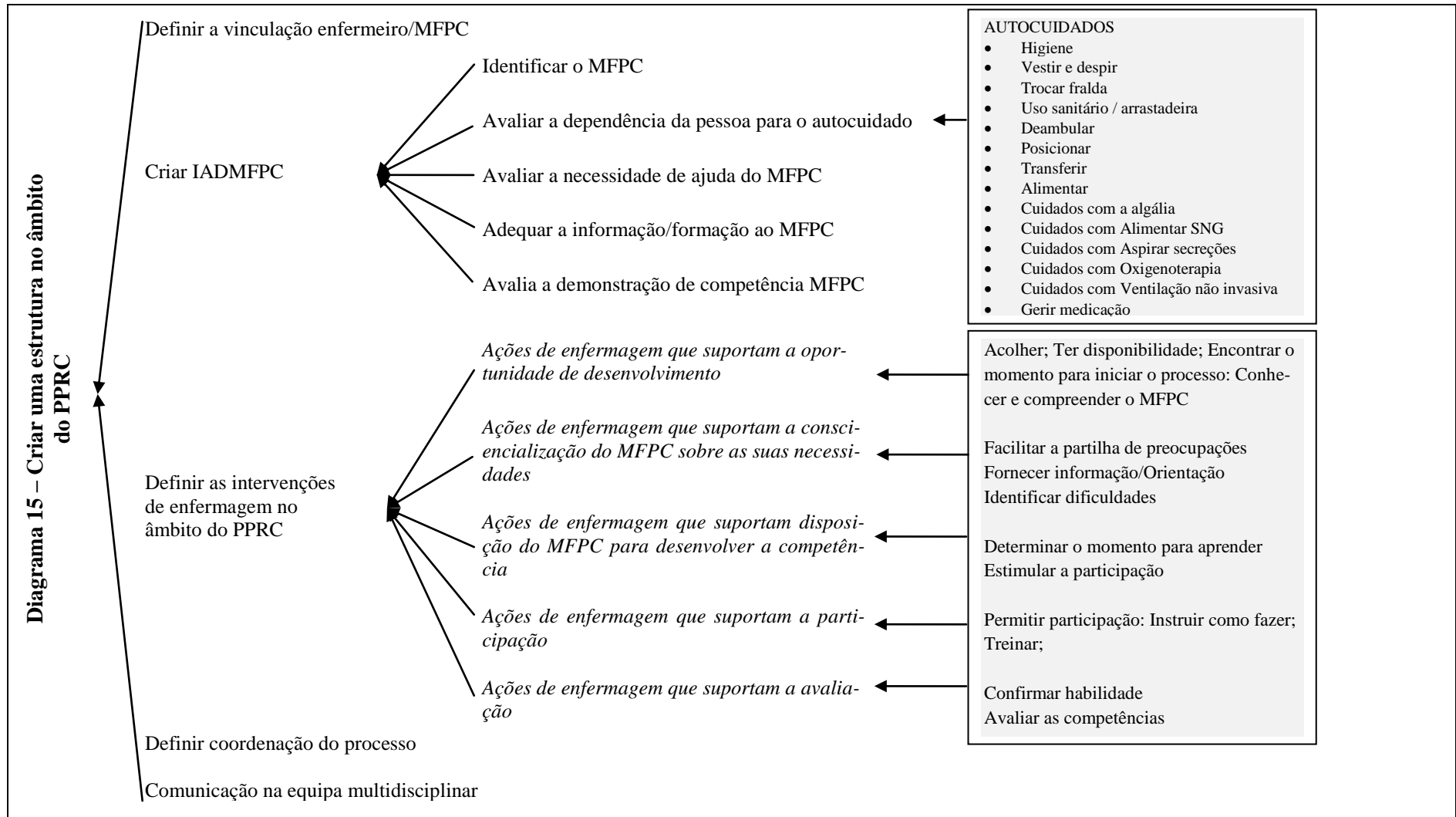
Esta fase teve por base a reflexão sobre os problemas previamente identificados. Enquanto trajetória de mudança, centrámo-nos no modelo de exercício profissional em uso, de modo a identificarmos as intervenções de enfermagem promotoras de transições

saudáveis dos MFPC para o exercício do papel de prestador de cuidados (Anexo X). Este período decorreu de Outubro a Fevereiro de 2009. Salientamos as decisões dos enfermeiros no âmbito do processo de mudança a implementar (Diagrama 15).

O planeamento exigiu que os enfermeiros se comprometessem no processo de preparação da mudança. O compromisso, segundo Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher (2000), é definido como o grau no qual a pessoa demonstra implicar-se no processo de mudança, o que pode pressupor a procura de informação, partilhar o uso de modelos de papéis, preparar-se ativamente, ou ser pró-ativo em atividades de mudança. Para compreender totalmente este processo foi necessário perspetivar as alterações suscetíveis de mudança (Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher, 2000).

A reflexão conjunta permitiu o aprofundamento de um pensamento mais contextualizado, favorecendo o desenvolvimento de uma estrutura diferente. A flexibilidade sobre as práticas facilitou a compreensão do que pontualmente já alguns faziam, em algumas etapas do processo de preparação do MFPC, permitindo aprofundar, integrar, estruturar e contextualizar o pensamento no novo modelo de preparação do regresso a casa. A flexibilidade, a autonomia do grupo e a interdependência com o contexto da prática favoreceram a estrutura interativa e de reflexão na ação valorizada pelos enfermeiros. Essa flexibilidade acentuou as convicções em relação a saberes e valores que, de algum modo, já existiam enquanto modelos expostos.

A mudança só poderia acontecer se os enfermeiros aceitassem modificar as suas representações e crenças individuais, comunicando-as e discutindo-as entre si, (Probst, 1989), o que exigiu o desenvolvimento de competências como “...o desenvolvimento de disposições de autonomia, responsabilidade, motivação, sentido de iniciativa e capacidades relacionais” essenciais, segundo Canário (2000, p. 30), no processo de mudança. Ao longo deste período programámos reuniões com todos os enfermeiros do serviço para definirmos as estratégias a implementar. Estas tiveram por objetivo facilitar a iniciativa, o diálogo e a reflexão sobre as práticas, fornecendo novas referências, novas representações e pontos de vista (Nunes, 1995), de modo a serem encontradas as soluções para que se pudesse alterar a prática.



As mudanças pretendiam criar ruturas com o modelo estabilizado e implantado, fragilizado pelo modo pouco sistematizado de envolver os MFPC na preparação do regresso a casa, estimulando novas exigências para o quotidiano da prática (Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher (2000). Percorrer este caminho desencadeou nos enfermeiros tensões consigo próprios e, por vezes, tensões com os outros enfermeiros e/ou outros profissionais. Nem sempre todos os enfermeiros partilharam dos mesmos valores (Cortis, 2003), o que exigiu terem de repensar e reequacionar novas formas de exercer este novo desafio. Surgiram, assim, as seguintes ideias estruturantes:

**I. Criar uma estrutura onde todos os enfermeiros conseguissem envolver o MFPC no processo,** participando de uma relação facilitadora do desenvolvimento das competências, onde:

“...toda a equipa consiga dar resposta às necessidades dos familiares”. (E.8 plan.)

Esta atitude exigia que todos os enfermeiros se comprometessem com o processo, de modo a entenderem as preocupações e necessidades das pessoas dependentes e dos MFPC face à continuidade dos cuidados, criando nestes uma perceção positiva desde o momento da admissão. Apesar de existirem enfermeiros com aproximadamente um ano de serviço, estes mostravam-se muito recetivos em participar no processo de mudança. As experiências dos enfermeiros eram diversificadas. No entanto, estávamos crentes de que, quanto mais todos se comprometessem desde o início na definição das estratégias, mais provável seria o seu investimento na implementação das mesmas (West, 1990).

A reflexão-ação permitiu o envolvimento individual e da equipa, possibilitando o desenvolvimento global das competências (Abreu, 1994). Todas as decisões tomadas pelo grupo foram o resultado de consensos, independentemente das contribuições de cada um no processo (West, Garrod e Charletta, 1997). Os consensos, dentro do grande grupo, foram alcançados nas reuniões gerais que foram gravadas e convertidas em notas de campo. Apesar do trabalho em pequenos grupos, o investigador comprometeu-se a fazer o levantamento das propostas de cada grupo, sendo apresentadas em reuniões gerais, com o objetivo da tomada de decisão final. Estas reuniões, previamente programadas pela responsável do serviço, fizeram parte da formação em serviço existindo o regis-



to dos que nelas participaram, integrando o relatório final de atividades do próprio serviço.

Dos consensos emergiram as seguintes atividades:

**◀Organizar o trabalho liderado por um enfermeiro, que possibilitasse a vinculação na prestação dos cuidados através da:**

“...inclusão dos familiares nos próprios cuidados para os capacitar” (E8 plan.)

**◀Construir um instrumento que permitisse identificar e avaliar as necessidades da pessoa dependente e as dificuldades do MFPC no sentido da preparação do regresso a casa.** O instrumento deveria permitir a avaliação da dependência da pessoa a nível dos autocuidados. Por outro lado, deveria, também, permitir a avaliação das dificuldades dos MFPC no âmbito da promoção dos autocuidados,

“Isso seria um passo essencial, para que nós não nos esquecêssemos de fazer essa identificação dos problemas de cada família, de cada cuidador, e depois tendo um instrumento para registar os dados mediante isso, atuarmos.” (E. 14)

de modo a que os enfermeiros pudessem:

- **Planear as ações**

“Porque é assim, um dia ouviam e se calhar viam, num outro dia se calhar eles faziam, e na nossa presença dizíamos o que estava menos bem, ou que poderia ser feito de forma diferente.” (E. 12 plan.)

- **Implementar**

“Adequar a informação. Promover a participação nos cuidados” (E1 plan.)

- **Avaliar**

“Avaliar as competências do MFPC para o exercício do papel” (E12plan.)

- **Comunicar oralmente e por escrito**

“Nem sempre se regista aquilo que se faz.”...”Às vezes não se regista” (E2)

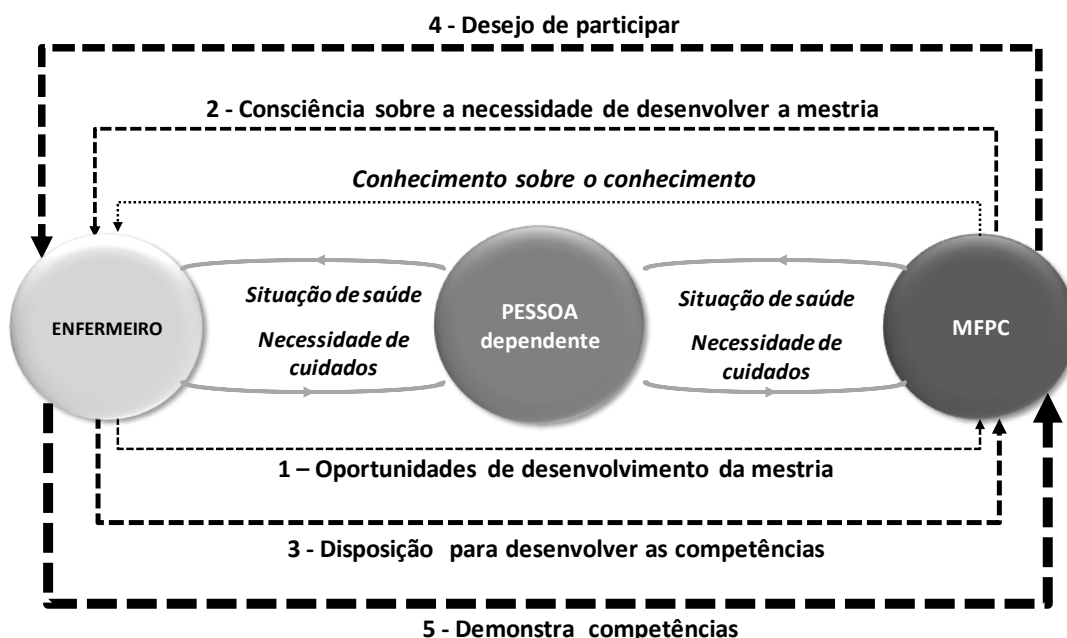
Alguns enfermeiros tinham consciência de que desenvolviam algumas ações com o MFPC no âmbito do processo. No entanto, reconheciam que faltava comunicar a informação na equipa com vista à continuidade do processo, dando assim visibilidade ao trabalho efetuado.

#### 4.1.1. Definir as intervenções de enfermagem no âmbito do PPRC

A preparação do regresso a casa constituía, assim, um processo onde se pretendia que o coletivo se inscrevesse no individual, conferindo direção e sentido à mudança (Caetano 2004), promovendo ações que possibilitassem o desenvolvimento das competências dos MFPC. Os temas em destaque: *Dependência no autocuidado* e *Competências do MFPC* foram os pontos centrais das reflexões desenvolvidas, acordando-se que o processo deveria contemplar as seguintes etapas:

- Oportunidade de desenvolvimento da mestria do MFPC;
- Consciência do MFPC sobre a necessidade de desenvolver mestria;
- Disposição do MFPC para desenvolver competências;
- Desejo de participar do MFPC;
- Demonstração de competências do MFPC (Diagrama 16).

Diagrama 16 – Promover competências do MFPC



Preconizámos, assim, que o desenvolvimento das competências passasse a ter por base a necessidade de cuidados da pessoa dependente e as dificuldades dos MFPC face à continuidade dos cuidados em casa, o que implicaria o respeito pelos princípios, valores e os direitos dos mesmos. Surgiu a necessidade dos enfermeiros passarem a ser mais pró-ativos no envolvimento do MFPC no plano de preparação do regresso a casa. Acreditávamos que, com este tipo de atitudes, fosse possível antecipar a necessidade de ajuda do MFPC e perspetivar as estratégias a desenvolver. Os enfermeiros acreditavam que assim poderiam ajudar os MFPC, indo de encontro às necessidades dos MFPC. A partir das necessidades expressas, equacionaram-se os parâmetros do PPRC, centrando-se:

- Quando iniciar o PPRC;
- Como identificar o MFPC;
- Como identificar as necessidades da pessoa e as dificuldades do MFPC para exercer o papel de prestador de cuidados;
- Como promover o desenvolvimento das competências;
- Como avaliar a competência do MFPC para o exercício do papel;
- Como registar as intervenções decorrentes da preparação do regresso a casa.

Estes parâmetros, ao serem debatidos ao longo das reuniões com os enfermeiros, constituíram a base para a mudança. Das propostas de mudança emergiram os pontos de partida organizadores da ação. Tal como refere Caetano (2004, p.19), investigar pela ação implicava “*conceber a ação à luz de princípios, teorias, crenças, implícitas e explícitas, e rever posições na própria ação, sendo o conhecimento simultaneamente causa e consequência da transformação da ação*”. Ao longo deste processo, a reflexão constituiu-se simultaneamente como um instrumento e um objeto de indagação, e ainda como um processo de mudança, ao interagir com outros processos num dispositivo de investigação-ação. O investigador, ao refletir com a equipa na ação e sobre a ação, ajudou-a a equacionar as diferentes etapas do processo e a definir a estrutura. Os enfermeiros tinham a perceção de que a ação do enfermeiro dependia do modo de ser e de estar dos diferentes enfermeiros, da disponibilidade e da sensibilidade individual na ajuda a dispensar ao MFPC. Alguns promoviam um clima reconhecido como *de ajuda*, a partir do modo como interagiam quer com a pessoa doente, quer com os familiares. A necessidade de identificar o MFPC tomava, assim, a primazia, sendo um tipo de informação a obter, quando possível, junto da pessoa dependente no momento da admissão, ou junto

dos familiares à hora da *visita*, caso a pessoa não conseguisse fornecer essa informação. Esta informação deveria ficar registada no instrumento de avaliação das dificuldades do MFPC.

“Penso que não é difícil identificar o MFPC. Alguns de nós até já o fazemos. Temos, no entanto, de validar com o cliente quando é possível e depois com o familiar se é ele que tem por hábito cuidar ou se vai passar a cuidar. Por vezes, quando a situação acontece durante o internamento e o doente fica dependente, os familiares precisam de um tempo para decidirem quem o vai apoiar em casa. Por vezes, isso não é um processo fácil, pois a decisão também não é fácil. Mas depois de decidirem partimos para o processo de ajuda.” (E9)

Foi, assim, importante refletir com os enfermeiros sobre algumas das crenças e atitudes partilhadas pelos MFPC no serviço, nomeadamente: *Porque se inibem os MFPC de colocar questões? Porque sentem que incomodam? Porque é que o Hospital se esgotava no Hospital? Os enfermeiros só se devem preocupar com as pessoas doentes durante o internamento? O que significava a continuidade dos cuidados? Quem deve dar continuidade aos cuidados após a pessoa doente regressar a casa? Qual a ação do enfermeiro no sentido de facilitar a transição dos cuidados hospital-casa?*

Surgiu, então, a necessidade de refletir sobre a importância do acolhimento e o valor da entrevista no âmbito deste processo. A relação que os enfermeiros teriam de desenvolver no momento da admissão tornava-se crucial para o desenrolar do processo, pois ela permitiria a apropriação das preocupações/dificuldades, podendo a partir daí ser orientado o trabalho com o MFPC.

“Nós sabemos que quanto mais à vontade os familiares se sentirem connosco, mais se envolvem nos cuidados o que facilita as relações que possamos desenvolver. Para isso temos de estar disponíveis. Assim não ficam com aquela ideia que os MFPC têm de nós de que andamos sempre a correr” (S-11-2008 E9)

Possibilitar a expressão de dificuldades tinha por objetivo compreender o significado que o MFPC atribuía à situação, isto é, compreender o todo, como define Benner (2001). O conhecimento que o enfermeiro deveria ter das necessidades da pessoa doente possibilitaria decidir sobre as intervenções que mais se ajustariam às necessidades da pessoa/MFPC. Este conhecimento implicava perceber o que estava para além do que observavam durante o internamento, isto é, o que ligava aquela pessoa àquela dificuldade. Nesse sentido, a presença do MFPC passava a ter um novo significado para os enfermeiros, ao reconhecerem a necessidade de os ajudar a ser mais aptos, utilizando os recursos de que dispunham para responderem às suas próprias necessidades, otimizando, deste modo, as suas capacidades. O conhecimento sobre o conhecimento que o

MFPC revelava ter da necessidade de cuidados da pessoa doente permitiria ao enfermeiro identificar a oportunidade de desenvolvimento. Como referiram os enfermeiros no decurso da reflexão:

“Só conhecemos se nos dispusermos a perceber quem temos em frente e de que modo vive a situação. Porque cada um vive as coisas à sua maneira.” (E4 R. plan.)

Isto exigia que, na equipa, fossem definidas as ações que suportavam as diferentes etapas.

#### **4.1.1.1. Ações que suportam Oportunidade de desenvolvimento do MFPC**

Os enfermeiros passavam a acolher o MFPC de modo a apropriarem-se das dificuldades, promovendo uma relação interpessoal promotora de um clima de confiança (Quadro 12).

#### **Quadro 12 - Ações de enfermagem que suportam a oportunidade de desenvolvimento**

- Acolher o MFPC;
- Ajudar o MFPC a partilhar os conhecimentos sobre o conhecimento que tem da pessoa dependente;
- Facilitar a partilha de preocupações de modo a interpretar os significados atribuídos;
- Ajudar o MFPC a antecipar as necessidades de cuidados da pessoa de modo a que possa perspetivar a necessidade de ajuda (equipamentos, recursos humanos, recursos económicos);
- Proporcionar um ambiente de bem-estar de forma a facilitar o envolvimento do MFPC no PPRC.

As ações preconizadas tinham por base os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional da Ordem dos enfermeiros (2001)

#### **4.1.1.2. Ações que suportam a Consciencialização do MFPC sobre as suas necessidades**

Nesta etapa justificava-se a necessidade de partilhar informação, de modo a que o MFPC tivesse consciência da necessidade de cuidados no sentido da decisão sobre as estratégias a desenvolver (*Higiene: Vestir e despir; Trocar fralda, Manutenção da algá-*

*lia; Uso do sanitário/arrastadeira; Deambular; Posicionar; Transferir; Alimentar; Alimentar por SNG; Aspirar secreções; Oxigenoterapia; Ventilação não invasiva; Gerir medicação*). Assim, foram definidas as ações de enfermagem que suportavam a consciencialização sobre as necessidades, conforme Quadro 13.

**Quadro 13 - Ações de enfermagem que suportam a consciencialização do MFPC sobre as suas necessidades**

- Fornecer informações adequadas à clarificação das situações, de modo a facilitar a tomada de decisão pelo MFPC;
- Ajudar o MFPC a identificar os seus próprios recursos;
- Fornecer orientações face à dificuldade nos cuidados (panfletos orientadores dos cuidados: higiene e conforto no leito, alimentação hidratação por sonda nasogástrica, eliminação por sonda vesical, posicionamentos, cuidados com a ventilação não invasiva, transferência da cama para a cadeira e vice-versa, recursos comunitários disponíveis pós alta, etc.);
- Apoiar o MFPC a iniciar as mudanças necessárias de modo a minimizar as preocupações.

Ficou assente: *fornecer informações adequadas à clarificação da situação, que permitissem ao MFPC a compreensão da situação do cliente no sentido da tomada de decisão; Ajudar o MFPC a identificar os seus próprios recursos; fornecer orientações face à dificuldade nos cuidados (folhetos orientadores dos cuidados: higiene e conforto no leito, alimentação/hidratação por sonda nasogástrica, eliminação por sonda vesical, posicionamentos, cuidados com a ventilação não invasiva, transferência cama-cadeira e vice-versa, recursos comunitários disponíveis pós-alta, etc.); apoiar os MFPC nas mudanças necessárias de modo a minimizar as preocupações.*

Disponibilizar ao MFPC documentos que servissem de guias orientadores da informação foi algo sugerido na equipa. Os enfermeiros tomaram, assim, a iniciativa de rever alguns dos documentos existentes no serviço, ficando um grupo de enfermeiros responsável pela sua actualização. Os folhetos informativos construídos centraram-se nos seguintes procedimentos: cuidados na higiene e conforto, cuidados nos posicionamentos, cuidados com a eliminação por sonda vesical e cuidados com a alimentação/hidratação por sonda nasogástrica. A informação referia-se “...a um conjunto de dados, colocados num contexto útil e de grande significado que, quando fornecido atempadamente e de forma adequada a um determinado propósito, proporciona orientações, instruções e conhecimento ao seu receptor, ficando este habilitado para desenvolver determinadas atividades ou decidir face a determinado contexto” como refere

Sousa (2005, p.46). Ao possibilitar a informação adequada a cada situação, os enfermeiros contribuíam para que os MFPC tivessem uma correta consciencialização da situação.

#### **4.1.1.3. Ações que suportam a Disposição do MFPC para desenvolver a competência**

Ao longo do processo e a partir da identificação da necessidade de ajuda e da consciencialização das necessidades, os enfermeiros passariam a procurar a disposição do MFPC para desenvolver a mestria que caracterizava as transições saudáveis (Quadro 14).

#### **Quadro 14 - Ações de enfermagem promotoras da disposição para promover a mestria**

- Apoiar o MFPC a formular as suas expectativas e partilhar os significados dos cuidados a desenvolver;
- Discutir as crenças e os valores;
- Orientar o MFPC para apoio da assistente social;
- Encorajar o MFPC a procurar no enfermeiro um recurso disponível.

A disposição traduzia a vontade expressa em participar (CIPE/ICNP, 2005). Neste sentido, foram definidas as seguintes ações de enfermagem que, segundo os enfermeiros, possibilitariam identificar a disposição dos MFPC para desenvolverem as competências. Estas incluíam: *discutir as suas crenças e os valores inerentes ao exercício do papel; orientar o MFPC para a assistente social no sentido de ser ajudado a mobilizar o apoio domiciliário; encorajar o MFPC a procurar no enfermeiro um recurso disponível.*

#### **4.1.1.4. Ações que suportam o desejo de participar do MFPC**

O desejo de participar traduzia a vontade expressa do MFPC em ver e/ou participar com o enfermeiro nos cuidados, a fim de desenvolver as competências. Ações como: *estimular a participação nos cuidados no sentido do desenvolvimento das competências e planear com o MFPC os momentos para demonstrar os cuidados*, vendo assim, *como fazer e/ou treinar o cuidado, integravam a vontade do MFPC*. A finalidade era desenvolver a mestria do MFPC através da participação no PPRC (Quadro 15). *Es-*

*tar presente, instruir passo a passo cada um dos cuidados a desenvolver; ajudar o MFPC a utilizar os recursos pessoais e treinar a prestação de cuidados; encorajar o MFPC durante a prestação de cuidados; avaliar a capacidade do MFPC face ao cuidado prestado, passaram a ser as ações de enfermagem que tiveram concordância no grupo.*

**Quadro 15 - Ações de enfermagem promotoras do desejo de participar**

- Estimular a participação nos cuidados no sentido do desenvolvimento das competências;
- Planear com o MFPC momentos de demonstração e treino, através da participação nos cuidados.
- Instruir sobre como fazer;
- Orientar no sentido de utilizar os seus próprios recursos;
- Treinar a prestação de cuidados;
- Encorajar o MFPC durante a prestação de cuidados;
- Avaliar a capacidade demonstrada pelo MFPC face a cada um dos cuidados prestados.

**4.1.1.5. Ações que suportam a demonstração de competências**

Durante este processo, os enfermeiros pretendiam avaliar as capacidades dos MFPC, através do conhecimento e comportamentos demonstrados nos diferentes autocuidados (Quadro 16).

**Quadro 16 - Ações de enfermagem que suportam a avaliação**

- Enfatizar a importância de se manter em contacto com os profissionais de saúde, se sentir necessidade;
- Facilitar a expressão de sentimentos;
- Confirmar a habilidade que o MFPC tem de tomar decisões para assegurar a continuidade dos cuidados;
- Confirmar com o MFPC se tem toda a informação necessária e se sente preparado para cuidar da pessoa dependente em casa;
- Ajudar a identificar as novas competências necessárias para lidar com a situação.

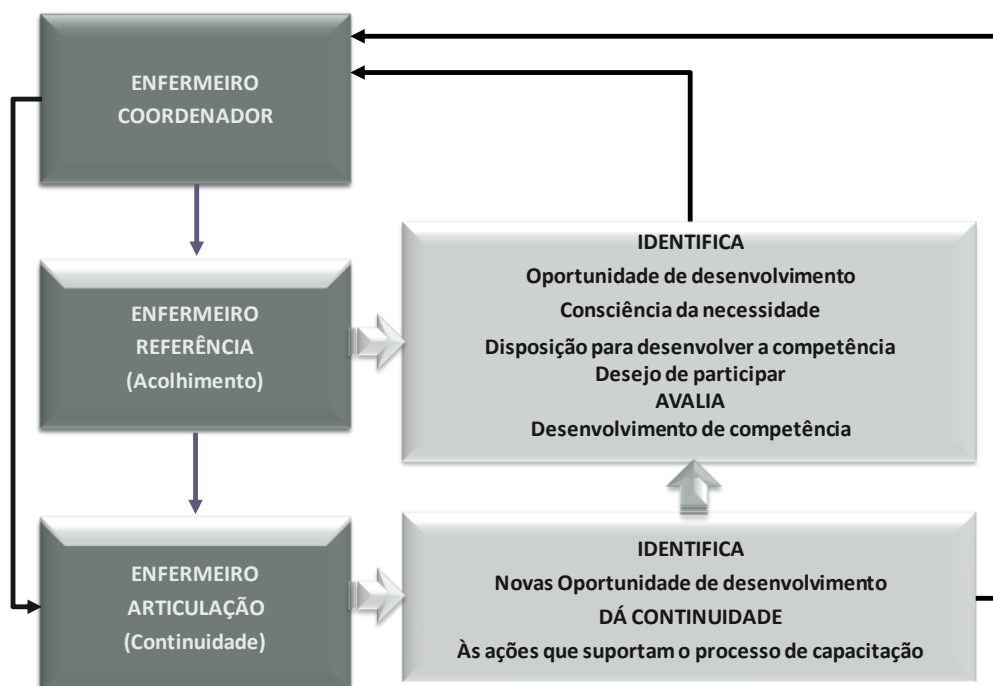


Foram sugeridas ações de enfermagem que suportaram o processo de avaliação, salientando-se: *ênfasis na importância de o MFPC se manter em contacto com os profissionais de saúde se sentisse necessidade; facilitar a expressão de sentimentos; confirmar a habilidade que o MFPC demonstrava ter para tomar decisões para assegurar a continuidade dos cuidados; reunir com o MFPC antes da alta clínica para assegurar que a informação necessária lhe foi fornecida; ajudar a construir um novo sentido de identidade que refletisse, de algum modo, os ganhos em saúde e ajudar o MFPC a identificar as novas competências para lidar com a situação.*

#### 4.1.1.6. Estrutura a implementar

Com base neste processo foi encontrada a estrutura. A estrutura a implementar exigia a definição das funções dos diferentes intervenientes no processo; enfermeiro coordenador; enfermeiro de referência e enfermeiro de articulação (Diagrama 17).

**Diagrama 17 – Estrutura do processo de coordenação**



### **Funções dos enfermeiros Coordenadores:**

- Promover a vinculação sólida e contínua do enfermeiro de referência – MFPC;
- Orientar individualmente os enfermeiros de referência/articulação no planeamento; implementação do plano de preparação do regresso a casa;
- Promover a articulação com a equipa de gestão de altas;
- Assegurar que os enfermeiros de referência/articulação partilhassem a informação na equipa e preenchessem: Instrumento de avaliação inicial de enfermagem; Instrumento de avaliação das dificuldades do MFPC; registos em notas de evolução no sentido de assegurar a continuidade dos cuidados.

Foram também definidas as funções dos enfermeiros a quem denominámos de referência:

### **Funções dos enfermeiros de referência:**

- Acolher o cliente – avalia a existência de um familiar cuidador;
- Programar 1º contacto com o MFPC- conhecimento mútuo e identificação de oportunidades de desenvolvimento: necessidades, dificuldades, constrangimentos;
- Avaliar a consciencialização do MFPC sobre a necessidade de ser ajudado;
- Identificar a disposição do MFPC para planejar as ações a desenvolver
- Identificar o desejo do MFPC para - Participar nos cuidados e prevenir riscos (prevenir situações de: aspiração; desidratação; obstipação, desnutrição, maceração; acidentes; úlceras de pressão, etc.); Utilizar os equipamentos necessários; Providenciar as estruturas de apoio;
- Avaliar a capacidade de desempenho do MFPC;
- Elaborar registos – Instrumento de avaliação das dificuldades do MFPC; registos em notas de evolução; nota de alta.

Os enfermeiros de articulação dariam continuidade às ações que suportavam o processo de cuidados. Ao longo deste processo realizámos um módulo de formação para cada grupo de enfermeiros, tendo-se repetido três vezes em sessões de duas horas, de modo a envolver todos os enfermeiros do serviço. Os temas centraram-se na importância do acolhimento, método de distribuição de trabalho e importância dos registos em enfermagem.

#### **4.1.2. Comunicação na equipa multidisciplinar**

Um dos problemas identificados foi a falta de articulação entre o médico e o enfermeiro tendo em conta a necessidade de preparação do MFPC para a continuidade dos

cuidados. Os enfermeiros expressaram a necessidade de conhecerem antecipadamente o momento da alta clínica, no sentido de programarem as atividades com o MFPC. O reconhecimento desta dificuldade determinou a programação de uma reunião com o Diretor Clínico, no sentido de ser melhorada esta articulação. Os compromissos assumidos determinaram que:

- O médico responsável pela pessoa doente passasse a fazer uma previsão do tempo de internamento. Até às 72 horas após a admissão da pessoa doente, deveria passar a registar a previsão no processo clínico da mesma. Com base nesta previsão, o enfermeiro teria assim possibilidade de gerir o tempo e o trabalho com o MFPC, no sentido da preparação do regresso a casa.
- Cada enfermeiro responsável pelos cuidados diários às pessoas doentes passaria a assistir à visita médica que ocorria todas as quartas-feiras. Durante a *visita* era com regularidade perspetivada a data da alta das pessoas internadas.
- O médico teria de comunicar ao enfermeiro o momento da alta da pessoa doente.
- Sempre que possível deveria informar previamente o enfermeiro das terapêuticas a continuar em casa.

#### **4.2. CONSTRANGIMENTOS**

Ao longo do processo de preparação do regresso a casa, os enfermeiros estavam envolvidos em diferentes atividades, implicando, também elas, mudanças no contexto da prática. Iniciaram a avaliação da escala da dor, da escala de avaliação do risco de úlceras de pressão e do projeto da análise dos registos escritos, com vista à utilização de uma linguagem classificada – CIPE® para a documentação dos cuidados, sendo estes alguns dos projetos em curso. Durante este período, foram dinamizadas ações de formação no hospital sobre a importância dos registos escritos em enfermagem; Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e tomada de decisão em enfermagem. Alguns enfermeiros estavam apreensivos, manifestando desagrado pelo número de registos que tinham de efetuar, referindo aumento da carga de trabalho. No entanto, a maioria dos enfermeiros revelou uma postura diferente; apesar da consciência do esforço, acreditavam que esta estrutura possibilitaria uma avaliação diferente das necessida-

des/dificuldades da pessoa doente/MFPC e das ações a desenvolver no sentido do desenvolvimento das competências do MFPC.

#### 4.3. OBRAS CITADAS

Abreu, W. C. (1994). *Dinâmica de formatividade dos enfermeiros: um subsídio para um estudo ecológico da formação em contexto de trabalho Hospitalar*. Tese de Mestrado, Lisboa, FPCE

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra. Quarteto Editora

Caetano, A. P. (2004). *A complexidade dos processos de formação e da mudança dos professores. Um estudo comparativo entre situações de formação pela investigação – ação*. Porto. Porto Editora.

Canário, R. (2000). *A formação de adultos: um campo e uma problemática*, Lisboa, Educa

Conselho Internacional de Enfermagem (2005) – *CIPE versão 1: classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Cortis, J. (2003). Managing society's difference and diversity. *Nursing Sandart*, 18, 14, 33-39

International Council of Nurses. (2002). *Nurses always for you: caring for families*. Geneva: ICN

Meleis, A.I., Sawyer, L.M., Im, E.O., Messias, A.K.H. e Schumacher K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle range theory. *Advances Nursing Science* 23 (1) p. 12-28.

Nunes, L. A. (1995). As dimensões formativas dos contextos de trabalho, *Inovação*, 8, p. 233-249

Ordem dos enfermeiros (2001) – Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Conselho de Enfermagem*

Probst, G.J. B (1998). *Penser global et management*. Paris. ed. Organisation

Sousa, P.A. F. (2005). *O sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo*. Tese de doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto, Portugal

West, M. (1990). *Social psychology of innovation in groups, Innovation and Creativity at Work: Psychological and Organizational Strategies*, M.A. West, J. FARR (eds.), UK: John Wiley e Sons, Chichester

West, M., Garrod, S e Charletta, J. (1997). *Group, decision-making and effectiveness: Unexplored boundaries. Creating Tomorrow Organizations: A Handbook for future research in organizational behavior*, C.L. Cooper, S. E. Jackson (eds.), UK: John Wiley e Sons, Chichester

## **CAPÍTULO 5: PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA MUDANÇA**

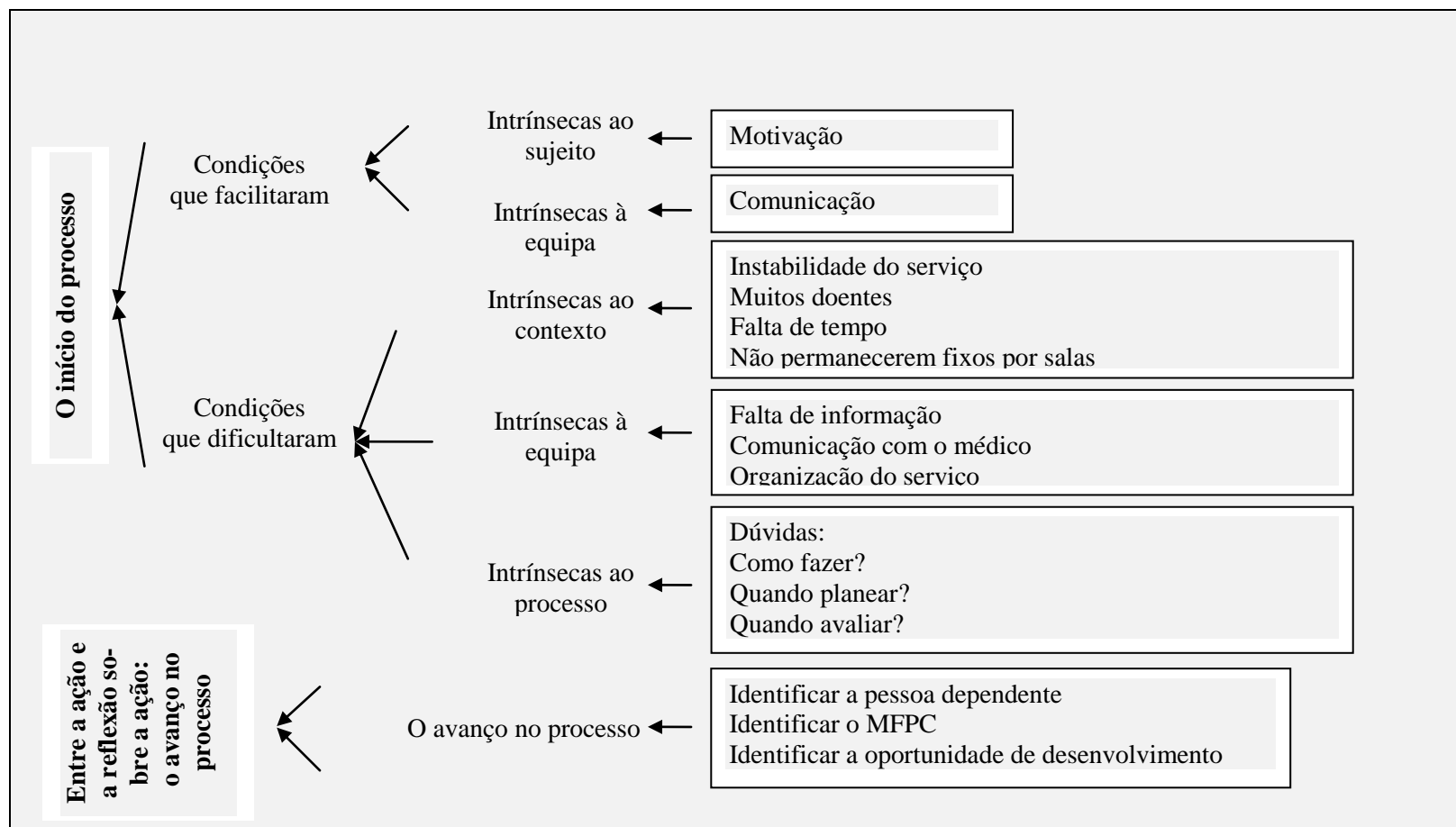
---

Repensar a ação do enfermeiro no processo de preparação do MFPC, tendo em vista a continuidade dos cuidados em casa, implicou debruçarmo-nos sobre a relação enfermeiro/MFPC, ao longo do processo. Os enfermeiros em interação com os MFPC comprometeram-se, procuraram conhecê-los, perceber as suas inquietações, as suas dificuldades face aos cuidados a assegurar em casa, para, a partir daí, fazerem emergir o sentido profissional da ajuda a desenvolver. A investigação-ação proporcionou aos enfermeiros desenvolverem a sua própria prática. Através da reflexão sobre a ação e na ação, os enfermeiros fizeram emergir os modelos em uso que neste contexto suportaram o processo de preparação do MFPC para regressar com a pessoa dependente a casa. Cada um de *per si* revelou uma vontade e um ritmo próprio, ao levarem a cabo as atividades inerentes à implementação dos compromissos assumidos. Este trabalho demonstrou o valor da ação participativa dos enfermeiros, através da implementação das mudanças na prática clínica (Anexo XI).

### **5.1 A MUDANÇA NO CONTEXTO**

Esta fase do estudo decorreu de 23 de Fevereiro a 21 de Agosto de 2009. A mudança envolveu uma ação conjunta e uma conciliação de esforços, no sentido de ser alcançado o objetivo comum (Chiavenato, 1998), ou seja, preparar o MFPC para o exercício do papel (Diagrama 18), o que implicou um processo estreito de cooperação entre os diferentes enfermeiros, os MFPC e restantes profissionais. Gerir este processo constituiu mais um dos desafios.

**Diagrama 18 – Processo de implementação**



### 5.1.1. O início: um processo turbulento e não linear

Implementar a mudança a nível do PPRC não foi um processo linear concorrendo, para tal, dimensões intrínsecas aos sujeitos promotores das ações, dimensões relativas ao contexto da ação, assim como dimensões decorrentes das interações nas equipas. Nas dimensões intrínsecas ao sujeito, a motivação foi apontada como o fator que mais possibilitou de facto o início da mudança. A motivação, sendo o resultado da interação entre o indivíduo e a situação, como referem Ferreira, Neves e Caetano (2001), deu origem à variabilidade dos estados motivacionais na adesão ao processo. Constatámos que a motivação foi a determinante que moveu os enfermeiros, levando-os a agir para atingir o preconizado, ao implementarem uma nova estrutura que acreditavam possibilitar o desenvolvimento das competências dos MFPC.

“...eu sinto-me motivada porque se não estivesse também não surgiam tantas dúvidas e não discutíamos à hora de almoço ou quando estávamos a preencher a folha antes da passagem de turno, eu sinto-me motivada. Mas às vezes tenho muitas dúvidas e às vezes condiciona a continuação do processo.” (E19 R. Imp.)

Para Styles (1993), a motivação dos enfermeiros e a qualidade dos cuidados prestados refletem o sentimento de pertença ao grupo, traduzindo uma preocupação comum, um comprometimento e uma colaboração. A motivação produziu um comportamento orientado para a ação, sendo reconhecido esse trabalho pelo modo como alguns enfermeiros se envolveram e implicaram desde o início nas diferentes etapas do processo. A resposta a esse comportamento traduziu-se no trabalho desenvolvido com os diferentes MFPC, no registo inscrito no IADMFC e nas notas de enfermagem.

“Nós também já estivemos a falar, há aí três ou quatro elementos mais novos estão muito motivados, são novos, vêm agora da escola e fazem e elas próprias, têm dado às vezes umas dicas e nós vemos que elas fazem.” (E9 R. Imp.)

O comportamento na situação de trabalho foi influenciado por várias condições, que contribuíram para a alteração da própria motivação. Ao longo da implementação, houve momentos em que esses comportamentos ficaram como que adormecidos, criando irregularidades na continuidade do próprio processo. Essa “quebra” traduziu-se na falta de continuidade de ações desenvolvidas com o MFPC e na ausência de registos efetuados, como resultado da intervenção do enfermeiro junto do MFPC.

“Há alturas em que há um aumento da motivação, digamos assim. As pessoas parecem que andam ali empenhadas, dois, três dias, uma semana. Depois há uma “quebrzinha” (E1 R. Imp.)

Concorrem para esta irregularidade dimensões intrínsecas ao contexto da ação. A alteração decorrente da transferência de pessoas doentes de um dos pisos, por motivos de obras, para a sala onde outrora permaneciam os doentes em internamento de curta duração, repercutiu-se, segundo os enfermeiros, no aumento da carga de trabalho. Esta alteração criou uma onda de desmotivação, refletindo-se na continuidade do projeto. Os enfermeiros confrontaram-se com um aumento de admissões e altas clínicas de pessoas doentes, comprometendo, por vezes, a gestão do tempo, para assegurar o processo de preparação dos MFPC das pessoas dependentes no autocuidado. Esta situação refletiu-se no comportamento de alguns enfermeiros, que passaram a verbalizar falta de tempo para dar continuidade ao processo de preparação dos MFPC. A presença de profissionais provenientes do piso em obras e as sucessivas solicitações foram fatores que alteraram a disposição dos enfermeiros para investir no PPRC. Constatámos nesta fase que alguns enfermeiros ainda não tinham dado início ao processo de preparação dos MFPC das pessoas dependentes no autocuidado. Continuavam a não preencher o instrumento de colheita de dados do serviço, a não identificar a dependência das pessoas para o autocuidado, a não identificar as dificuldades dos MFPC das pessoas admitidas nos turnos da manhã ou da tarde, independentemente do rácio e dependência para o autocuidado das pessoas atribuídas.

Constatámos também dimensões decorrentes das interações nas equipas, concorrendo para alguns dos constrangimentos que se verificaram, com repercussões no processo de desenvolvimento de competência dos MFPC, como analisaremos mais à frente. A implementação do processo decorreu, assim, por movimentos que oscilaram entre avanços e descontinuidades. Estas flutuações constituíram um dos componentes chave das transições a que Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher (2000) caracterizaram como fluxo e movimento ao longo do tempo, traduzindo, neste caso, as continuidades-descontinuidades no processo de mudança.

A reflexão e a partilha das dificuldades na equipa permitiram uma nova postura dos enfermeiros. Os enfermeiros evoluíram a ritmos diferentes, relatando experiências diferentes. Respeitar os diferentes ritmos e a diferença permitiu, que cada um de *per si*, não se sentisse ameaçado, progredindo numa construção conjunta e numa autoconstrução, que a seu tempo determinaria a alteração e a mudança. A mudança no início provocou receio e insegurança, o que possivelmente esteve na base de alguma inércia, tradu-



zida no facto de alguns não terem entrado ao mesmo tempo e com o mesmo ritmo no processo. Os enfermeiros coordenadores exerceram um papel relevante na orientação dos pares - forneceram orientações e incentivaram a equipa, no sentido de ser alcançado o objetivo comum. Por vezes, complementaram pequenas falhas dos seus colaboradores, maximizando sempre as suas potencialidades, de modo a conseguirem a satisfação individual e coletiva no grupo. Cada vez que, ao longo do processo, se obtinham resultados, estes foram reconhecidos pelos enfermeiros coordenadores e devolvidos ao grupo enquanto estímulos a continuar.

Ao refletirmos na ação e sobre a ação, desenvolvemos o hábito de questionamento que possibilitou o *reaprender a aprender*, como refere Collière (1989). Esta estratégia implicou aos poucos a reorganização de um sistema mental, que acreditámos levar, no final, à mudança. A estratégia envolveu um sentido de responsabilidade profissional por parte de cada elemento da equipa, ao aceitar o desafio da mudança.

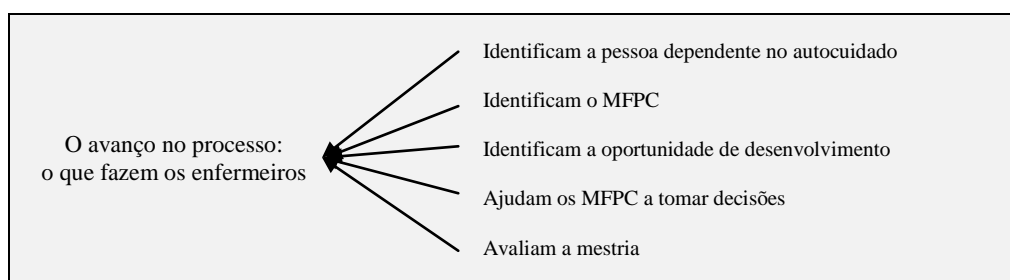
### **5.1.2. Entre a ação e a reflexão sobre a ação: o avanço no processo**

Preparar o regresso a casa passou a fazer parte integrante do trabalho da maior parte dos enfermeiros. Reconhecido como importante, foi também um desafio fundamental na continuidade dos cuidados à pessoa dependente após o regresso a casa. Os enfermeiros, ao longo deste processo, expandiram as suas capacidades. Identificaram a necessidade de cuidados das pessoas dependentes, assim como a necessidade de ajuda dos MFPC (Diagrama 20). Estimularam os seus pensamentos ajudando os MFPC a envolverem-se e a tomarem decisões, contribuindo para a partilha num processo conjunto de aprender a aprender (Senge, 1999). Acoraram as estratégias e implementaram ações com a pessoa e respetivo MFPC, que consideraram ser as adequadas face a cada uma das situações.

À medida que decorreu a implementação do PPRC, surgiram diferenças na interpretação e preenchimento do IADMFC. Assim, no parâmetro *Dependência para o autocuidado*, alguns enfermeiros entenderam que este item traduzia a avaliação que faziam sobre a dependência/independência da pessoa. Outros entendiam que traduzia o conhecimento que o MFPC revelava ter da dependência/independência da pessoa, seguindo-se o respetivo registo. Refletida esta questão no grupo, decidiram que a *Dependência para o autocuidado* correspondia à

avaliação feita pelo enfermeiro acerca da dependência da pessoa dependente para o autocuidado, sendo esta a base do trabalho a desenvolver com o MFPC. Apesar de nos encontrarmos apenas na segunda semana de implementação do processo, a diferença na interpretação e registo exigiu a normalização do procedimento.

**Diagrama 19 – Estratégias desenvolvidas**



Porque as atividades dos enfermeiros estavam inscritas num projeto coletivo, onde previamente se aferira o modo de atuar, tínhamos que clarificar as dúvidas que iam surgindo, para que coletivamente se uniformizasse o procedimento, traduzindo o registo as diferentes fases do processo. A reflexão conduziu à orientação de uma nova ação, decorrente da reflexão na ação e sobre a ação (Argyris e Schön, 1996). Os enfermeiros, ao refletirem sobre os modelos em uso, exploraram novas abordagens, de modo a analisarem a sua eficácia. Esta foi uma parte importante da prática profissional, pois permitiu a tomada de decisão que levou, neste contexto, ao processo de mudança em enfermagem. Foram também apontadas algumas dificuldades na determinação dos momentos de interação com os MFPC. Sendo um instrumento que tinha por objetivo identificar as dificuldades dos MFPC no sentido de promover o desenvolvimento das suas competências, como proceder ao registo destes diferentes momentos?

Os enfermeiros entendiam que o PPRC se iniciava no momento de admissão, se desenvolvia ao longo do internamento e culminava no momento da alta. Existiam ações específicas em cada um destes momentos. O primeiro momento correspondia, assim, ao primeiro contacto com o MFPC onde era identificada a dificuldade. Ao longo do internamento, o enfermeiro fazia um segundo momento de avaliação, no sentido de avaliar o processo de desenvolvimento da competência ocorrido até essa altura. O terceiro momento correspondia ao momento da alta clínica. No entanto, constatámos que na prática os enfermeiros faziam o registo de um ou, excepcionalmente, dois momentos de avaliação, quer da necessidade de cuidados da pessoa

dependente, quer da avaliação das competências do MFPC. Estes equivaliam à avaliação inicial da capacidade do MFPC e à demonstração da competência do MFPC no momento da alta clínica.

Assim, de modo a não se perder a pertinência e utilidade prática desta pesquisa, afinámos ao longo do processo alguns procedimentos, adaptando-os e adequando-os às novas situações identificadas. Ao longo do processo confrontámos os enfermeiros com discursos anteriores e questionámos sobre as mudanças sugeridas (em uso e/ou defendidas), para, a partir daí, os ajudarmos a evoluir. A consciência, que daí surgiu, acerca das inconsistências entre teoria em uso e teorias expostas, permitiu o emergir de teorias defendidas como as novas crenças partilhadas no serviço. Os enfermeiros foram centrais neste processo de mudança, não só pelo envolvimento no processo de preparação do MFPC, mas, e essencialmente, por terem desenvolvido a sua própria vontade de mudar, num trabalho de comprometimento com a própria mudança. O investigador constituiu um elemento simultaneamente de suporte e desafio ao longo do processo.

### **5.1.3. Alterar o IADMFC: repensar as estratégias**

A análise do registo no IADMFC foi reveladora da falta de continuidade do processo. Em reuniões informais quer com os enfermeiros, quer com os coordenadores do projeto, foi refletido este problema. A reflexão sobre a utilidade do instrumento permitiu expandir as capacidades criativas do grupo (Senge, 1999), no sentido de obter os resultados que realmente desejavam. Ao longo do processo foram estimulados a repensar o instrumento, onde todos se mostraram disponíveis para criar e recriar coletivamente. O instrumento em uso possibilitou uma reflexão profunda sobre o processo de implementação, a estrutura e o conteúdo da informação contemplada. Enquanto processo, os enfermeiros procederam à identificação das necessidades da pessoa dependente. Identificaram o MFPC e com regularidade as oportunidades de desenvolvimento, ficando-se pelo registo desta primeira avaliação. O impasse face ao avanço no processo levou-os a definir um conjunto de estratégias, no sentido de resolverem as dificuldades.

A partir da 9ª semana tomaram a iniciativa de registar no quadro da sala de trabalho um conjunto de códigos, com o intuito de os alertar para a continuidade do processo em curso.

Esta estratégia teve por objetivo ajudar a equipa a situar-se nas etapas do processo em curso. Apesar de temporariamente ter surtido algum efeito, com o passar do tempo, mostrou-se, também esta, insuficiente. Ao fim da 12ª semana de implementação do IADMFC, procedemos então à sua avaliação. Alguns enfermeiros mostraram não ter dificuldade no preenchimento do IADMFC, considerando, no entanto, que este não estava totalmente ajustado às necessidades sentidas, tendo em conta o trabalho a desenvolver.

Ao refletirem sobre o processo, os enfermeiros constataram que a avaliação inicial da pessoa doente ocorria, por vezes, em tempos diferentes do momento de avaliação do MFPC. Nem sempre a pessoa doente, no momento da admissão, se fazia acompanhar do MFPC. Logo, o momento de avaliação inicial da pessoa internada e do MFPC deveriam ter campos distintos para o registo das datas (avaliação inicial). Porque a pessoa durante o internamento poderia transitar de dependente-independente-dependente, surgiu a necessidade de reformular o instrumento, criando novos campos para registar este tipo de informação. Constatámos que a função do enfermeiro, enquanto responsável pelo início e acompanhamento do PPRC, se diluía por vezes ao longo do tempo. Este aspeto, no nosso entender, decorria do método de distribuição do trabalho em uso. A rotatividade semanal dificultava a vinculação enfermeiro/MFPC pelo pouco tempo de contacto estabelecido.

As dúvidas traduziam, por um lado, a falta de planeamento escrito e, por outro lado, a falta de comunicação na equipa quer oral quer escrita, inerente às atividades programadas e executadas com o MFPC. Planear os cuidados com o MFPC pressupunha um registo dos compromissos acordados. Para alguns enfermeiros, algumas destas etapas estavam sedimentadas, pois regularmente já desenvolviam algumas dessas atividades. O reconhecimento das ações que suportavam: *a identificação do MFPC*, *a oportunidade de desenvolvimento*, *a consciência da necessidade*, *a disposição para desenvolver a competência* e *o desejo em participar*, eram ações que não levantavam dificuldades, quando desenvolvidas pelo mesmo enfermeiro à mesma pessoa/MFPC. No entanto, o processo interrompia na mudança de enfermeiro/pessoa/MFPC. Os enfermeiros tinham consciência desta interrupção e verbalizavam algum desconforto.

“Eu acho que há alguma falta de informação no próprio processo. (...)” “Há uma altura em que eu me sinto perdido, em relação aquele caso, não sei em que fase é que está, mesmo quando se faz o ensino, ou se faz uma planificação seja do que for as pessoas podem aprender ou podem não aprender.” (...) “nós temos de fazer passar nas notas de enfermagem, tal como fazemos passar o O2 e o soro” (E5 Av).

O desafio consistia em encontrar soluções de modo a superar esta dificuldade

“Mas era exatamente isso, eu não sei, por isso é que eu falei das várias datas. Fazia-me sentido a mim, não sei se a todos, era interessante se eu chegasse à folha, *“deixa ver como é que vai isto desta situação com este doente”*. E eu conseguia chegar à folha e ver neste dia foi feito isto, falta fazer isto e isto. E eu conseguia, e eu conseguiria identificar mais facilmente o que é que eu poderia fazer neste turno se estivesse com a família.” (E19 Av)

A falta de um registo detalhado sobre as ações programadas e executadas, associada à falta de hábito em comunicar a informação sobre a preparação do MFPC na equipa, dificultaram a continuidade do processo. Surgiu, assim, a necessidade de encontrar um modo de registar as ações planeadas e executadas, no sentido da continuidade do processo. O planeamento envolveu a tomada de decisão sobre o que fazer, quando fazer, com base nas necessidades. Negligenciar a etapa do planeamento escrito parecia estar na base do problema. O registo no IADMFPFC deveria repercutir as diferentes etapas do processo de preparação do MFPC, desde a admissão até ao momento da alta. Após reflexão na equipa, os enfermeiros decidiram contemplar no IADMFPFC o registo da avaliação inicial das competências do MFPC, as *Ações programadas com os MFPC*, as *Ações desenvolvidas com o MFPC*, assim como a *Data da avaliação final do Desenvolvimento das competências do MFPC*. O processo encerrava após validação com o MFPC das orientações fornecidas ao longo das diferentes etapas do processo.

“Eu tenho uma dúvida em relação a esta folha que é a seguinte. Por exemplo, eu ontem fiz o ensino da colocação de um dispositivo urinário porque a família mostrou-se interessada em o levar para casa, ainda não sabia bem se era preciso ou não mas que era preferível à fralda. Eu ensinei e depois até a senhora ajudou a colocar, pronto. Hoje foi a minha colega que avaliou ou ajudou a fazer o ensino no banho da cama ou no chuveiro, não sei bem como é que aconteceu mas pronto. Quando a gente vai fazer a segunda avaliação ou a terceira, mas eu neste caso é a segunda avaliação, eu não vi tudo no mesmo dia. E eu tenho receio às vezes, imagine eu consigo juntar três ou quatro dias e vou para casa. E eu consegui antes avaliar as competências do MFPC no banho na cama ao ajudar a vestir e despir, a trocar a fralda, mas não consegui avaliar em relação a outros autocuidados? (E19Av)

I - Regista o que é a sua avaliação até ao momento em que se vai embora.

“Registo aonde aqui na folha?” (E19Av)

I - Aí na folha. Se consegue perceber que o familiar já desenvolveu a competência na colocação do penso, nesses cuidados, você faz a sua segunda avaliação e deixa registado.

“Mas vão ficar coisas por avaliar? (E19Av)

I – (...) deve deixar registado e como vai estar ausente tem de deixar escrito e passar ao enfermeiro na passagem de turno, este senhor falta fazer a segunda avaliação neste e neste aspeto.

“Então aqui podem ser várias datas, podem ser várias pessoas a assinar? (E19Av)

Algumas dessas dificuldades deram origem a reflexões em pequenos grupos. Estas favoreceram o desenvolvimento de um pensamento mais realista e flexível, que ao longo do tempo se equacionaram de forma integrativa, originando soluções que permitiram superar algumas das dificuldades, e que possibilitaram a reformulação do IADMFPFC em uso, como focado no capítulo anterior (Anexo XII). Estávamos cientes de que, ao ser utilizada uma abordagem que tivesse por base a resolução dos problemas, a continuidade do processo passa-

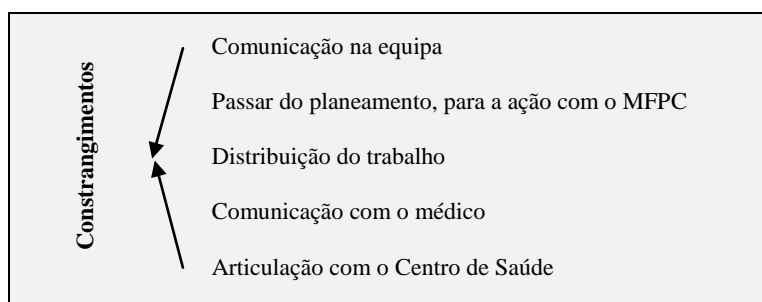
ria a ser diferente (Videira, 1991; Saiote, 1992; Cotovia, 1996; Silva, 2001). Possibilitar o registo das diferentes etapas do processo, foi uma das alterações estruturantes instituídas. Estas passaram a ser implementadas a partir da 13ª semana até ao final do projeto.

#### 5.1.4. Constrangimentos

Para agir como profissionais autónomos, os enfermeiros devem possuir uma concepção explícita acerca dos cuidados de enfermagem, isto é, conhecimento, atitudes e habilidades inerentes à profissão (Berger, Poirier, 1989), da qual se salienta serem capazes de documentar e comunicar o que entendam ser útil para a prestação dos cuidados e para a continuidade dos mesmos. Avaliar as necessidades das pessoas dependentes nos autocuidados, assim como identificar as dificuldades dos MFPC para fazerem face à continuidade dos cuidados em casa, nem sempre constituiu uma prioridade, encontrando-se algumas lógicas centradas no modelo biomédico (Silva, 2001; Sousa, 2005).

O IADMFCP ajudou a orientar a ação do enfermeiro no sentido da obtenção da informação, mas também da continuidade do trabalho a desenvolver. No entanto, ao longo da implementação continuaram a existir algumas dificuldades. Alguns enfermeiros continuavam a não colher, de um modo sistemático, as informações significativas, no sentido de definirem com o MFPC o plano de preparação do regresso a casa (Diagrama 20).

**Diagrama 20 – Constrangimentos**



Por outro lado, alguns enfermeiros não preenchiam regularmente o instrumento, ou não partilhavam, na passagem de turno, as intervenções de enfermagem no âmbito de cada PPRC. A existência de instrumentos de registo diferentes (instrumento de colheita de dados, folha de

notas de enfermagem, folha de avaliação da escala da dor; folha de avaliação de úlceras de pressão, entre outros), dispersos ao longo do processo clínico da pessoa, não facilitava a visão global das necessidades da pessoa doente. Os enfermeiros manifestavam desconforto por terem de realizar múltiplos registos em diferentes documentos, verificando-se, por vezes, falhas ou duplicação de informação nesses mesmos documentos.

O Instrumento de Notas de Evolução (designado de *Folha de Enfermagem*) era com regularidade consultado para registo das diferentes informações, mesmo sendo a repetição do que fora dito em turnos anteriores. Apesar da constatação da duplicação de informação (no IADMFPC e *Folha de Enfermagem*), entendemos que este era um mal menor, dado que alguns enfermeiros ainda não tinham iniciado um trabalho sistemático de registar as ações desenvolvidas com os MFPC no instrumento criado para o efeito, podendo ficar a par dessa informação. As notas de enfermagem funcionavam como *memorandos* de ações desenvolvidas ou a desenvolver, ajudando cada um de *per si* a dar continuidade ao processo.

Apesar de todos os enfermeiros terem participado na construção da mudança, sabemos que as pessoas reagem à mudança, à inovação e à sobrecarga de trabalho de forma diferente. As alterações sentidas neste período, decorrentes das obras num dos pisos e consequente transferência das pessoas doentes, levaram à necessidade de reajustes, no sentido das exigências impostas. Esta situação criou alguma tensão induzida pelo trabalho, pois a equipa não foi reforçada numa primeira fase, considerando alguns enfermeiros existir uma sobrecarga de trabalho. Alguns enfermeiros reagiram a essa mudança verbalizando falta de tempo para preparar os MFPC, centrando o seu trabalho em atividades relacionadas com os cuidados diretos às pessoas doentes.

Os enfermeiros prestavam cuidados às pessoas doentes atribuídos diariamente, num esquema de rotatividade semanal. Alguns enfermeiros imputavam a dificuldade na continuidade do processo ao facto de não estarem fixos por salas, pela dificuldade de estabelecer o contacto com os MFPC. Outros enfermeiros consideravam que este não constituía um problema. Geriam o tempo de modo a articularem-se com o enfermeiro que, no momento, cuidava da pessoa doente/MFPC.

“Uma dificuldade é que um dia nós estamos numa sala e no outro posso estar em outra sala” (E17 Av)  
“Tens de ser tu a dar essa continuidade, articulas-te com a colega” (E1 Av)  
“Não quer dizer que não possas falar com o familiar que está na outra sala” (E21 Av)  
“Mas o familiar diz “*Ele já não está ali.*” (E17 Av)  
”Mas sabem que é a ti que te procura em tudo que esteja relacionado com aquele doente” (E17 Av)

Esta diferença de comportamentos justificava-se pelo que Dailey e Kirk (1992) consideravam ser a tensão induzida pelo trabalho, gerando comportamentos por vezes de afastamento. Justificavam que os indivíduos com maiores níveis de envolvimento no trabalho tinham mais facilidade em dissipar a tensão induzida pelo próprio trabalho, e de continuarem a desenvolver os compromissos. A diferença de comportamento dos enfermeiros pode ter estado relacionada com as características pessoais (Ardila, 2009), sendo essas características que, de algum modo, estiveram na base dos enfermeiros reagirem à mudança de modo diferente. Investigações recentes têm evidenciado que características como a autorresponsabilidade, a criatividade, a habilidade para estabelecer relações interpessoais são qualidades próprias de um indivíduo que se apresenta com uma elevada autoeficácia (Ardila, 2009). Do mesmo modo, pessoas com uma baixa autoeficácia colocam problemas em tudo, impedindo-as de cumprirem as metas que previamente ajudaram a estabelecer, o que pode ter estado na base da descontinuidade dos processos de preparação do regresso a casa.

Comunicação na equipa multidisciplinar: O PPRC apelava à colaboração de diferentes profissionais. Uma das dificuldades que os enfermeiros continuavam a sentir era a falta de informação, traduzindo défices de comunicação entre médicos e enfermeiros. Esta dificuldade na comunicação teve implicações no PPRC, na medida em que continuavam a não ter conhecimento acerca dos planos terapêuticos e medicamentosos prescritos pelos médicos no momento da alta clínica.

“Sabe porque é, porque é assim, alguns médicos põem no momento da admissão do doente a alta prevista. (...) O que é que acontece muitas vezes é que a gente só sabe ou na véspera ou no dia de manhã que aquele doente vai ter alta naquele dia. E às vezes dizemos, peça o transporte o mais rapidamente possível porque temos ali um doente que não pode estar sentado num cadeirão, precisa da cama.” (E21 Av)

I – “Como é que nós podemos mudar estas situações?”

“Eles não sabem, enfermeira I. Ainda há dias eu perguntei a um médico por causa da ventilação não invasiva e a doutora da sala disse “*Ah isso ainda não sei, tem de se ver, tem de se ver*”. E é assim, ou é mesmo na véspera, no final da manhã, ou é no próprio dia que o doente tem de levar ventilação. E muitas vezes o doente já não leva o ventilador daqui, temos que telefonar para a empresa, para a empresa o ir levar a casa.” (E21 Av)

Mas o que é que então poderão fazer?

“Bom, é preparar o familiar mesmo que depois não seja necessário.” (E9 Av)

Apesar de entre médico e enfermeiro ter existido o compromisso de colaboração, nem sempre a informação atempada da data de alta foi um dado disponível. No entanto, ao questionarmos os enfermeiros sobre o uso dessa informação no planeamento da preparação do MFPC, constatámos que, também estes, nem sempre fizeram uso da mesma.



Sabemos, tal como refere Benner (2001), que a falta de articulação entre médicos e enfermeiros tem repercussões nas ideias que os médicos fazem dos enfermeiros e do trabalho que estes desenvolvem, sendo esta fortemente influenciada pelas relações que ambos estabelecem. Há, assim, a necessidade de ambos trabalharem no desenvolvimento de uma relação onde a colaboração seja um vetor essencial. Estudos provam que a colaboração entre médico e enfermeiro está associada a uma maior satisfação profissional (Ryan, 1999; Jansky, 2004). A colaboração entre os médicos e os enfermeiros foi apontada como um dos fatores que facilitava o trabalho com o MFPC. A colaboração exige, da parte dos médicos e dos enfermeiros, vontade no sentido de contribuírem para o mesmo fim, isto é, o reconhecimento do contributo de cada um e de todos no processo (Kèrouac, 1994).

Os enfermeiros sentiam que alguns médicos, ao não aderirem ao processo, não respeitavam o seu trabalho. Estes sentimentos acabaram por ter um efeito negativo no relacionamento (Jansky, 2004), com repercussões no próprio ambiente de trabalho (Baggs, 1997), comprometendo assim o trabalho de equipa (Carapinheiro e Lopes, 1997). Neste sentido, e após reflexão na equipa, repensámos estratégias conducentes à colaboração de ambos no PPRC. Um elemento crucial da participação ativa foi, assim, o diálogo acerca da necessidade de prever, atempadamente, a terapêutica a continuar em casa. Apesar de alguns médicos terem colaborado mais neste processo, em relação a outros, os enfermeiros continuaram a sentir que lhes faltava algum poder para os levar a reconhecer a importância deste trabalho no seio da equipa interdisciplinar.

Existia, assim, um certo conformismo que, segundo Hesbeen (2006), refletia um fraco sentimento pessoal de liberdade para continuar a mudança. Esta passividade e aceitação tácita da situação traduziam, de algum modo, os valores enraizados neste local. Para Hesbeen (2006), esta atitude deve-se ao facto de ainda existirem enfermeiros que viam no médico o estatuto, e não o profissional, que dentro da equipa pluridisciplinar era um elemento tão importante quanto os outros. Esta mudança implicava um trabalho de postura individual mas também coletivo, como refere Hesbeen (2006). Refere ainda que a estrutura e as pessoas são indissociáveis, a tomada de consciência da responsabilidade social de umas e de outras permite o desenvolvimento e a adaptação tanto de umas como das outras. Continuava, assim, patente a obediência e a subordinação indiscutível a alguma autoridade médica que, de algum modo, caracterizava ainda o modelo clássico e assistencial neste contexto. O ambiente no serviço

foi, então, resultado das interações entre as pessoas, como cada interação, de *per si*, foi possível graças ao ambiente, aos modos, níveis e estruturas de comunicação que, entre todos, ajudaram a manter (Martin, 2000) ou a mudar.

A articulação hospital-centro de saúde: Embora os enfermeiros fizessem referência à entrega da carta de alta ao MFPC das pessoas dependentes e de as orientarem para o centro de saúde, referiam existir situações em que contactavam diretamente o centro de saúde.

“Às vezes há situações de um doente que tenha muitos pensos, pronto há situações específicas que o enfermeiro tem o cuidado de contactar o enfermeiro do centro de saúde pelo enfermeiro que é responsável, pronto mas isso é uma situação um pouco mais específica, (E21 Av)

I - estão a levantar um problema que é muito pertinente e muito importante e que é feito, de acordo com o que eu estou a perceber, de duas formas... A carta de alta sempre. No entanto, para alguns telefonam para o centro de saúde e para outros não. Qual é o vosso entendimento neste sentido, e como é que nós deveremos normalizar este procedimento para todos.

“Sempre que tenha necessidade de cuidados de enfermagem deve ser contactado o CS ou a equipa de gestão de altas” (E1 Av)

Quando questionados em que situações o faziam, percebemos que esta não era uma prática habitual, tal como refere Martins (2003), apesar de estar instituído que a pessoa dependente de cuidados de enfermagem em casa fosse referenciada para a equipa de gestão de altas do hospital, sendo a esta que competia entrar posteriormente em contacto com o centro de saúde. Constatámos, no entanto, que esta também não era uma prática levada a cabo pelos enfermeiros. Após discussão, ficou decidido que o enfermeiro responsável pela realização da carta de alta e/ou o enfermeiro coordenador passariam a responsabilizar-se pelo encaminhamento de todas as pessoas dependentes no autocuidado para a equipa de gestão de altas, de modo a viabilizar a continuidade da prestação de cuidados e a respetiva adequação de resposta às necessidades das pessoas.

## 5.2. SÍNTESE

Ao longo do processo de implementação das mudanças, os enfermeiros participaram nestes momentos, entendendo-os como fundamentais para a continuidade do projeto. A avaliação traduziu a reflexão individual, mas também o repensar e o reequacionar do trabalho no grupo. Foi constante a necessidade de regular os procedimentos relativos ao decurso do processo de mudança sob investigação. Estes foram momentos eminentemente formativos, pela reflexão na ação e sobre a ação, e ainda pela evidência do conseguido sobre o ainda não con-

seguido, mas em vias de ser conseguido. Ao longo deste percurso, à medida que cada enfermeiro integrou no seu ser profissional esta nova estrutura de ação, aumentou a consciência da importância do projeto no trabalho global desenvolvido com a pessoa doente/MFPC.

### 5.3. OBRAS CITADAS

- Ardila, R. (2009). *La ciencia y los científicos. Una perspectiva psicológica*. Medellín. Colombia. Editorial Universidad de Antioquia
- Argyris, C. e Schön, D.(1996). *Organizational learning II: Theory, method and practice*, Reading, Mass: Addison Wesley
- Baggs, et al. (1997). Nurse-physician collaboration and satisfaction with the decision-making process in three intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 6(5), p.393-399.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra. Quarteto Editora
- Berger, L e Poirier, D (1989) – *Personnes âgées – une approche globale*. Montréal, Ed EEV.
- Carapinheiro, G e Lopes, N. M. (1997). *Recursos e condições de trabalho dos enfermeiros portugueses. Estudo sociográfico de âmbito nacional*, SEP, Grafinter, Sociedade Gráfica Lda.
- Chiavenato, I. (1998). *Teoria Geral da Administração* (2 vols.) São Paulo, Makron Books.
- Collière, M. F. (1989). *Promover a vida*. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Lisboa
- Cotovia et al. (1996) - Registos de enfermagem...possível influência de um modelo teórico de enfermagem na elaboração das notas de solução. *Enfermagem*, 2 (Abril/Junho), 16-22
- Dailey, R.C. e Kirk, D.J. (1992). Distributive and procedural justice as antecedents of job dissatisfaction and intent to turnover. *Human Relation*. 45, (3), p.305-313
- Ferreira, J. M., Neves, J. e Caetano, A. (2001). *Manual de psicossociologia das organizações*. Mc Graw-Hill. Lisboa
- Hesbeen, W. ( 2006). *Trabalho de fim de curso, trabalho de humanidade. Emergir como o autor do seu próprio pensamento*. Lusociência
- Jansky, S. (2004). The nurse-physician relationship: Is collaboration the answer? *The Journal of Practical Nursing*, 54(2), p.28-30.
- Kèrouac, S (1994). *La pensée infirmière. Conceptions et stratégies*. Québec. Maloine. Éditions Études Vivantes

Martin, C. (2000). Cuidados de enfermagem e complexidade. Complexidade e cuidados de enfermagem. In: *Ensino de Enfermagem. Processos e percursos de formação*. Lisboa. DGH. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional p. 14-25

Martins, J. P. (2003). *Programação da alta Hospitalar do idoso: um contributo para a continuidade dos cuidados*. Porto: Instituto de Ciências Abel Salazar. Tese de Mestrado

Meleis, A.I., Sawyer, L.M., Im, E.O., Messias, A.K.H. e Schumacher K. (2000) - Experiencing transitions: an emerging middle range theory. *Advances Nursing Science* 23 (1) p. 12-28.

Ryan, J.W. (1999). *Collaboration of the nurse practitioner and physician in long-term care*. Lippincott's Primary Care Practice, 3(2), 127-134.

Saiote, A.T. (1992). *Registos de enfermagem: da teoria à prática*. Dissertação do Curso de Administração de Serviços de Enfermagem. ESSE de Maria Fernanda Resende, Lisboa

Senge, P. (1999). *A dança das mudanças: o desafio de manter o crescimento e o sucesso em organizações que aprendem*. Rio de Janeiro: Campus

Silva, A.A.P. (2001). *Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Tese de doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto, Portugal

Sousa, P.A.F. (2005). *O sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo*. Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, tese de doutoramento

Styles, M.M. (1993). Macro trends in nursing practice: what's in the pipeline. *Journal of Continuing Education in Nursing*. 24 (1), p. 7-12

Videira, M (1991). *Os enfermeiros e o seu envolvimento na melhoria da qualidade dos registos de enfermagem*. Dissertação apresentada no Curso de Administração de Serviços de Enfermagem. ESSE Dr. Ângelo da Fonseca, Coimbra.

## **CAPÍTULO 6: AVALIAÇÃO DO IMPACTE DA AÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA**

---

Neste capítulo procedemos à avaliação do impacte da mudança introduzida pelos enfermeiros no modelo de exercício profissional focado nos MFPC, onde se processaram alterações quer na estrutura, quer nos processos desenvolvidos. Pretendemos ainda identificar os fatores facilitadores e os constrangimentos associados ao processo de mudança sob investigação. Em termos metodológicos, recorremos ao material que resultou da aplicação do IADMFC pelos enfermeiros, no período compreendido entre Fevereiro e Agosto de 2009 (Anexo XIII), bem como ao conteúdo das reuniões de grupo e reunião de avaliação final, das entrevistas aos MFPC e, ainda, dos registos em notas de enfermagem.

Os enfermeiros adquiriram, com o contacto com os MFPC, todo um leque de significados, de comportamentos e respostas, destinados a fazerem frente às situações mais extremas (Benner, 2001) apresentadas pelos MFPC das pessoas dependentes no autocuidado. Os enfermeiros apreenderam as dificuldades dos MFPC e tentaram percebê-las em relação a um quadro de referência que passou a ser significativo, de modo a compreenderem a particularidade das problemáticas que estes estavam a viver. Apropriaram-se do conhecimento que os MFPC mostraram ter da situação de saúde/doença, das principais complicações associadas à situação de dependência, dos cuidados e modos de os assegurar, da perceção das capacidades ou das dificuldades e da necessidade de ajuda, sendo esta a base do conhecimento necessário para identificarem as oportunidades de desenvolvimento no âmbito do PPRC. O conhecimento que os enfermeiros adquiriram sobre a situação da pessoa dependente no autocuidado e do seu MFPC dependeu do

que valorizaram e das interações que desenvolveram ao longo do processo, potenciando a qualidade do papel exercido pelos MFPC, traduzido na demonstração de mestria.

## 6.1 DOS REGISTOS NO IADMFCPC

A partir dos registos que os enfermeiros efetuaram no IADMFCPC durante a fase de implementação da mudança, procedemos à análise dos dados. Em sequência, apresentamos os dados que caracterizam as pessoas dependentes no autocuidado, número de dias de internamento e número de internamentos, idade, sexo, seguindo-se a avaliação da independência ou da dependência da pessoa doente.

A caracterização dos MFPC incidiu sobre as variáveis: idade, sexo, parentesco, co-habitação, oportunidades de desenvolvimento, consciência da necessidade, disposição para desenvolver a competência, desejo de participar e demonstração da competência para o exercício do papel.

### 6.1.1. Caracterização das pessoas dependentes no autocuidado

Entre Fevereiro e Agosto de 2009, foram analisados 364 IADMFCPC correspondendo a 331 pessoas internadas devido a situações de pneumologia geral ou oncologia (Tabela 1). Destas 331 pessoas, 302 tiveram um internamento, 25 tiveram dois internamentos e 4 tiveram três internamentos.

**Tabela 1 – Caracterização das pessoas internadas por idade, sexo**

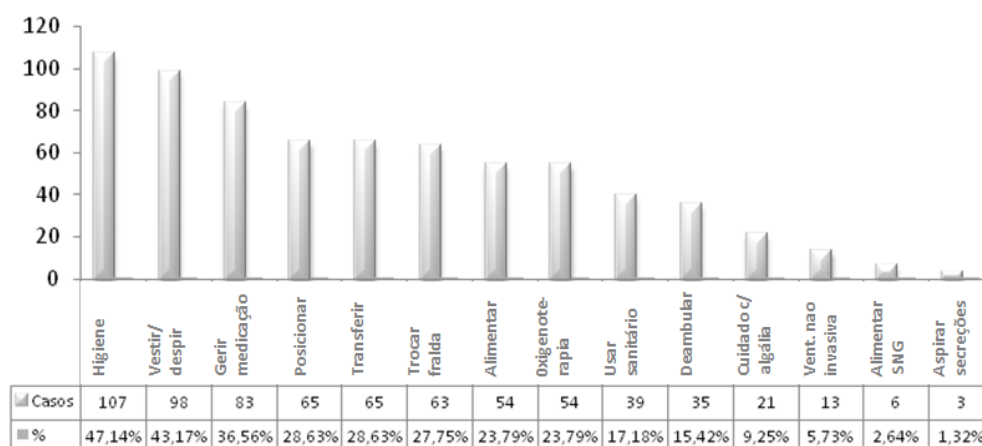
Variáveis	Nº	%
<b>Idade</b>		
≤ 24	1	0,3
25-44	23	6,9
45-64	92	27,8
≥ 65	215	65,0
<b>Sexo</b>		
Feminino	102	30,8
Masculino	229	69,9
<b>TOTAL</b>	331	100,0

O número de dias de internamento variou entre 1 e 98. O tempo de internamento foi calculado pela diferença entre a data de admissão e a data da alta, assumindo-se, no mínimo, 1 dia de internamento. As pessoas internadas eram, na grande maioria, do sexo masculino (69,2%), apresentando uma média de idades de 68,7 anos (DP=13,4), variando entre os 22 e os 96 anos, podendo considerar-se uma população predominantemente idosa.

#### 6.1.1.1. Avaliação da dependência nos autocuidados

Das 331 pessoas internadas, a dependência no autocuidado foi avaliada a 227. Das 227 pessoas a quem foi avaliada a dependência para o autocuidado, 112 (51,6%) dependiam de um prestador de cuidados para uma, ou mais do que uma, atividade do autocuidado. Foram agrupadas as pessoas totalmente dependentes com as que dependiam de um prestador de cuidados para uma ou mais atividades do autocuidado. Na Tabela 2 apresentamos a frequência de pessoas dependentes de um prestador de cuidados por tipo de autocuidado.

**Tabela 2 – Distribuição das pessoas doentes dependentes de um prestador de cuidados por tipo de autocuidado (n=227 casos)**



De realçar que um dos diagnósticos de enfermagem que as pessoas dependentes apresentaram tinha como foco de atenção o autocuidado *Higiene*, sendo este o que registou a maior frequência de dependência, isto é, 107 casos (47,1%). A dependência centrou-se essencialmente no apoio no *Banho na cama* e no *Banho no Chuveiro*, para o qual algumas pessoas revelaram depender também de equipamentos nos cuidados de higiene, como suportes para apoio ou cadeiras para permanecerem sentados durante a realização deste tipo de cuidados. Estes dados vão de encontro ao que Pereira (2007) encontrou no seu estudo e que indica que os doentes encontrados nos serviços de adultos apresentam, pelo menos, um diagnóstico de enfermagem que toma como foco de atenção o autocuidado *Higiene*. Seguiu-se a dependência no autocuidado *Vestir e despir* com 98 casos (43,1%).

A dependência fez-se, também, sentir na capacidade para *Gerir a medicação* com 83 casos (36,5%), nomeadamente *medicação per ós, inalatória, tópica* e na capacidade de preparar e manter o equipamento necessário à sua administração. Salienta-se a *administração de insulina*, a qual exigiu a capacidade para avaliar valores da *glicemia capilar* e as atividades que envolveram a mobilização das pessoas dependentes, com destaque para o *Posicionar* e *Transferir* da cama para a cadeira e vice-versa, respetivamente em 65 casos cada.

Realçamos os cuidados com: a *Algália* com 21 casos (9,2%); a *Ventilação não invasiva* com 13 casos (5,7%); a *Alimentação por SNG* com 6 casos (2,6%) e os cuidados com a *Aspiração de secreções* em 3 casos (1,3%). A dependência traduziu-se na necessidade de um prestador de cuidados e, em algumas atividades, o recurso a equipamentos como: camas articuladas, cadeira de rodas, arrastadeira, entre outros.

#### **6.1.1.2. Evolução da dependência nos autocuidados**

A evolução da situação de dependência da pessoa em cada um dos parâmetros dos autocuidados exigiu a necessidade de registar dois momentos de avaliação. Esta necessidade conduziu à alteração do próprio instrumento, conforme foi descrito no Capítulo 5. No entanto, ao longo do processo, constatámos que apenas em 29 casos os enfermeiros registaram a evolução da situação. Os enfermeiros afirmaram ter falta de tempo para



efetuarem o segundo momento de avaliação, sendo este um dos constrangimentos encontrados. O registo da evolução da situação da pessoa remete para a importância deste tipo de informação na decisão das estratégias a desenvolver com os MFPC.

A evolução em relação aos diferentes tipos de autocuidados foi determinada pela diferença entre o primeiro e o último momento de avaliação. A análise teve como referência os juízos diagnósticos que se sintetizam no Quadro 17. Os juízos referem-se à opinião clínica relativamente ao foco da prática de enfermagem (CIPE, 2005). Nestes, salientam-se: um juízo positivo traduzido por “melhorou”; um juízo negativo traduzido por “piorou”; e um juízo neutro traduzido por “manteve”.

**Quadro 17 – Juízos atribuídos à evolução da dependência nos autocuidados**

Avaliação	Depende de equipamentos			Depende de pessoas		
Avaliação inicial	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não
Avaliação final	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
Juízo	Melhorou	Manteve	Piorou	Melhorou	Manteve	Piorou

Ao avaliar a necessidade de cuidados da pessoa no momento da admissão, o enfermeiro apropriou-se de informação que lhe permitiu definir as terapêuticas de enfermagem a desenvolver com o MFPC.

A Tabela 3 representa a evolução da dependência nos autocuidados nos 29 casos registados. Dos 29 casos, constatámos que a maioria piorou em um ou mais do que um dos autocuidados em análise, regressando a casa mais dependentes do que entraram. Esta informação permitiu a alguns enfermeiros adequarem os planos de preparação do regresso a casa com os MFPC, justificando assim a necessidade deste tipo de informação.

**Tabela 3 – Distribuição da evolução da dependência nos diferentes autocuidados**

Tipos de autocuidado	Melhorou	Manteve	Piorou
Higiene	2	5	22
Vestir/despir	2	6	21
Trocar a fralda	1	7	21
Cuidados com a algália	1	9	19
Usar o sanitário	-	8	21
Deambular	-	7	22
Posicionar	2	7	20
Transferir	-	9	20
Alimentar	2	7	20
Alimentar SNG	-	9	20
Aspirar secreções	-	10	19
Oxigenoterapia	2	7	20
Ventilação não invasiva	-	9	20
Gerir a medicação	2	7	20

### **6.1.2. Caracterização dos MFPC**

Das 331 pessoas doentes internadas no período, como referimos antes, 227 foram avaliadas quanto à dependência no autocuidado. Destas, 112 demonstraram dependência de um prestador de cuidados em alguma das atividades inerentes à satisfação das suas necessidades. Foi possível avaliar dados relativos ao familiar cuidador em 91 casos. A Tabela 4 resume a informação relativa à caracterização dos 91 MFPC de pessoas dependentes em uma ou mais atividades do autocuidado internadas no serviço de pneumologia geral e oncológica.

As idades dos MFPC situaram-se entre os 28 e os 84 anos, com uma média de 60,5 anos (DP=12,3). Constatámos que 46,0% dos MFPC tinham idade igual ou superior a 65 anos. Tal como outros estudos mostram, os MFPC eram predominantemente idosos (Bris, 1994; Ferreira, 2002; Martins, Ribeiro e Garrett, 2003; Santos, 2005; Gil, 2007). Este facto poderá constituir um problema social tendo em conta a tendência de-

mográfica, pois a probabilidade de qualquer pessoa (independentemente do sexo) poder vir a exercer o papel de prestador de cuidados tende a aumentar progressivamente à medida que as pessoas envelhecem (Gil, 2007).

**Tabela 4 – Caracterização sócio-demográfica dos familiares cuidadores**

Variáveis	Nº	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	81	89,0
Masculino	10	11,0
<b>Parentesco</b>		
Cônjuge	53	58,2
Filha/o	28	30,8
Nora	1	1,1
Irmã	1	1,1
Outros	8	8,8
<b>Co-habita</b>		
Sim	81	89,0
Não	10	11
<b>TOTAL</b>	91	100,0

Este fenómeno decorre do aumento da esperança de vida, resultante de condições sociais e tecnológicas e dos progressos da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, que têm, segundo Dinis (1997), convergido para mudanças significativas no contexto demográfico, conduzindo a uma série de consequências sociais, culturais e epidemiológicas com impacto nos MFPC. O aumento da longevidade e dos fatores demográficos tem levado a que um número cada vez maior de idosos cuide de idosos (Lage, 2007, Gil, 2007). A idade avançada dos MFPC, associada ao envelhecimento demográfico da população, e o facto de muitos MFPC viverem sozinhos com a pessoa dependente em casa, tornam o exercício do papel de prestador de cuidados, um problema social. Apesar do desejo de participar, alguns MFPC revelaram problemas de saúde e dificuldades na aprendizagem ou na capacidade para resolver os problemas, sendo encaminhadas para apoio da assistente social. A idade constituiu, assim, uma variável que interfere no exercício do papel, pois os MFPC com idade avançada apresentaram fragilidade física e emocional, necessitando de diferentes tipos de apoio em casa.

Verificámos, também, que os MFPC eram na grande maioria mulheres, isto é 81 MFPC (89,0%), predominando estas de entre os membros que prestaram cuidados (Bris, 1994; Martins, Ribeiro e Garrett, 2003; Bover, 2004; Santos, 2005), o que relaciona a prestação de cuidados com o sexo feminino (Neno, 2004; Erikson, 2005; Lage, 2007). Estes dados reforçam o que Collière (1989) afirma acerca das mulheres, considerando-as as principais responsáveis pela organização dos cuidados às pessoas dependentes em casa, mantendo-se a tradição de os cuidados que sustentam a vida continuarem ligados à mulher.

Através da análise das notas de enfermagem e das notas de campo, apurámos que alguns MFPC masculinos, quando questionados sobre quem prestava os cuidados de *Higiene* ou quem *Trocava a fralda* da pessoa dependente em casa, expressaram que esses cuidados eram geralmente assegurados pelas mulheres da família, filhas, noras ou empregadas, sendo estas que, durante o internamento, assumiram a aprendizagem dos cuidados. Bris (1994) verificou também este fenómeno ao referir que os filhos (homens) transferiam os cuidados para as mulheres (noras), sendo estas que assumiam os cuidados após o regresso a casa, o que reforça a diferença no exercício do papel por género (Bello, 2009). Estas situações põem em evidência que nem sempre o familiar que se assume como o prestador de cuidados é aquele que executa os cuidados. Esta constatação vai ao encontro do que Gil (2007) refere como a existência de uma figura de relevo que lidera e /ou executa os cuidados, podendo polarizar-se num só elemento ou em vários elementos.

Reconhecemos, ao longo do processo, que ser do mesmo sexo da pessoa dependente no autocuidado pode ser um fator facilitador do envolvimento na aprendizagem dos cuidados. Isto porque na díade filha-mãe foi referido existirem menos constrangimentos do que na díade filho-mãe ou ainda filha-pai. Na relação de cuidados entre filha-mãe houve referência a um maior à vontade na execução e receção dos cuidados considerados *íntimos* do que na relação filho-mãe,

“É difícil fazer-lhe certos cuidados. Nem ela nem eu me sinto à vontade ... Eu sei que ela também não se sente à vontade. O constrangimento é recíproco.” (MFPC 20)

Apesar da existência de filhos (homens), estes referiram sentirem-se desconfortáveis a cuidarem das progenitoras, traduzindo-se num menor envolvimento no PPRC, implicando outros membros, mulheres, na aprendizagem dos mesmos. Na relação de cuidados filha-pai

existiu também algum desconforto, tendo sido superado com o recurso ao que consideravam ser estratégias que permitiam assegurar alguma privacidade no cuidado íntimo ao progenitor, e que foram partilhadas pelos enfermeiros-MFPC durante o internamento (tapar com uma toalha, virar um pouco a cara, fechar por uns momentos os olhos, ou olhar discretamente), o que consideravam de “*proteger as partes*”, de modo a diminuir o desconforto da pessoa que se encontrava consciente. Por vezes, recorreram a um elemento externo à família, para a aprendizagem dos cuidados íntimos ao corpo, por ser esta a vontade da pessoa, deixando também o MFPC mais disponível para outras atividades.

“Pronto...é sempre...é sempre difícil ter...eu sou filha, é sempre um bocadinho difícil, não é? Para mim e para ele também. Ponho sempre uma toalha à frente para...” “*Não ficar tão exposto. É. É isso. Mas já estou habituada. Já estou habituada. Até porque ele depois também ajuda. Ele tem a mão esquerda que funciona. No banho e assim é ele que lava as partes íntimas. E pronto é assim.*” (MFPC 13)

Alguns cônjuges (homens) solicitaram a presença de uma filha para a aprendizagem deste tipo de cuidados, nomeadamente no treino dos cuidados associados ao *Banho*, *Trocar a fralda*, entre outros. Verificámos que alguns cônjuges femininos solicitaram a presença dos filhos (independentemente do sexo) para a aprendizagem de certos procedimentos técnicos, como os cuidados com a *Ventilação não invasiva*, cuidados com a *Oxigenoterapia* ou *Gerir a medicação*. A implicação de outros familiares na aprendizagem dos cuidados foi uma das estratégias utilizadas por vários MFPC, no sentido de assegurar a continuidade dos cuidados em casa.

Os filhos homens eram chamados a colaborar quando o exercício do cuidado implicava esforço físico, cuidados qualificados de difíceis, dos quais se salientam: mobilizar ou levantar da cama para a cadeira, ou nas atividades instrumentais da vida diária, como fazer as compras ou transportar a pessoa ao hospital ou às consultas. Esta hierarquia parece perpetuar os valores culturais, em que o papel de cuidar, tradicionalmente associado à mulher, continua ligado a este género. Esta desigualdade parece determinar social e familiarmente o prestador de cuidados. A mulher (filha) via-se obrigada a abdicar com maior regularidade dos seus projetos de vida do que o homem (filho). Este geralmente delegava na esposa (nora) o apoio ao progenitor dependente, mesmo estando ambos a trabalhar. As razões que subjazem a estas decisões associam-se aos salários mais baixos, mas também à natureza dos vínculos profissionais

instituídos. Houve mulheres que coordenaram o trabalho fora de casa com os cuidados ao progenitor, como mostra a seguinte nota de campo:

“Sou eu que trato da minha mãe. Sou eu que a lavo, lhe dou geralmente o comer. Apesar de o meu pai ajudar muito. Mas sabe como é...apesar dele trabalhar, ele, coitado...e eu, também trabalho, numa loja de revenda, mas sou eu que faço esses cuidados. Mas já tem acontecido, se eu não posso mesmo, ser ele a ajudá-la.” (13/5/2009)

Este exemplo traduz também que o exercício do papel é, por vezes, produto de um trabalho de cooperação, a que De la Cuesta (2006) denomina de trabalho coletivo, onde em cada família as tarefas são repartidas, de modo a acompanhar a pessoa dependente ao longo do dia. Em algumas situações existiu um trabalho articulado de ajuda mútua, embora este não fosse determinado pela existência de um cuidador principal (no cuidado direto) e de um cuidador secundário, como referem Carpentier e Ducharme (2005).

Relativamente ao grau de parentesco, predominou a categoria *cônjuge* em 53 dos MFPC (5 8,2%), seguida de *filha/o* em 28 MFPC (30,8%). Enquanto em alguns estudos a categoria *cônjuge* não assume uma frequência elevada (Bris, 1994; Santos, 2005; Bonet, 2009), em outros, constituiu a categoria predominante (Ferreira, 2002; Martins, Ribeiro e Garrett, 2003; Lage, 2007). Neste estudo, na ausência de membros da família, existiram *outros* significativos, nomeadamente amigos e vizinhos em 8 MFPC (8,8%) que exerceram o papel de prestador de cuidados, conforme excerto retirado das notas de enfermagem do processo clínico de uma pessoa dependente:

“Refere ter apoio da vizinha para os cuidados de higiene e a gestão da medicação, aguardando-se contacto” (30/04/2009 – E8).

Relativamente à variável co-habitar, verificámos que 81 (89,0 %) do total de MFPC identificados viviam com a pessoa dependente no autocuidado. Os estudos provam também que, quando o MFPC co-habitava com a pessoa dependente, este exercia um maior número de cuidados (Chappel, 1991), porque estava presente e disponível para atender a todas as suas necessidades.

### 6.1.3. Dados relativos ao processo de preparação do membro da família para exercer o papel de prestador de cuidados

Os dados disponíveis na Tabela 5 indicam a distribuição das pessoas dependentes por autocuidado e a sua relação com a identificação dos MFPC. Esta identificação possibilitou a intervenção do enfermeiro junto da pessoa e MFPC a nível do processo de preparação do regresso a casa. Durante o internamento hospitalar, nem sempre foi possível identificar o MFPC de algumas pessoas dependentes. Estas pessoas eram designadas pelos diferentes profissionais de “casos sociais”. A ausência de familiares e/ou significativos durante o internamento e a falta de disposição de alguns familiares para assumirem o exercício do papel foram alguns dos fatores que dificultaram a identificação dos MFPC. Estas situações exigiram, em alguns casos, a intervenção da assistente social e da equipa de gestão de altas.

**Tabela 5 – Distribuição das pessoas dependentes por autocuidado e sua relação com a identificação dos MFPC**

Tipos de autocuidado	Com MFPC identificado		Sem MFPC identificado		TOTAL de pessoas dependentes	
Higiene	86	80,4	21	19,6	107	100,0
Vestir/despir	78	79,6	20	20,4	98	100,0
Trocar a fralda	49	77,8	14	22,2	63	100,0
Cuidados com a algália	18	85,7	3	14,3	21	100,0
Usar o sanitário	32	82,1	7	17,9	39	100,0
Deambular	28	80,0	7	20,0	35	100,0
Posicionar	51	78,5	14	21,5	65	100,0
Transferir	51	78,5	14	21,5	65	100,0
Alimentar	41	75,9	13	24,1	54	100,0
Alimentar SNG	4	66,7	2	33,3	6	100,0
Aspirar secreções	2	66,7	1	33,3	3	100,0
Oxigenoterapia	43	79,6	11	20,4	54	100,0
Ventilação não invasiva	11	84,6	2	15,4	13	100,0
Gerir a medicação	68	81,9	15	18,1	83	100,0

Os enfermeiros identificaram, no momento da admissão ou ao longo do internamento, as oportunidades dos MFPC desenvolverem a mestria, tendo em conta a dependência da pessoa nos diferentes autocuidados.

A Tabela 6 evidencia a frequência de MFPC a quem foram identificadas *Oportunidades de desenvolvimento* nas diferentes atividades relacionadas com o autocuidado do doente, das quais destacamos os cuidados instrumentais, como: *Aspiração de secreções* com 2 MFPC; *Ventilação não invasiva* com 9 MFPC; *Cuidados com a algália* com 9 MFPC e cuidados com a *Oxigenoterapia* com 21 MFPC.

As preocupações demonstradas pelos MFPC representaram falta de conhecimento para exercer o papel de prestador de cuidados, em cuidados que os próprios designaram de “complexos”. A complexidade estende-se, aos cuidados como a *Alimentação por SNG* ou a *Aspiração de secreções*.

Apesar da *Consciência da necessidade*, os MFPC demonstraram insegurança para assumirem a aprendizagem de capacidades em relação às dificuldades partilhadas. Esta situação fez com que nem todos os MFPC mostrassem, de imediato, *Disposição para desenvolver a competência* ou o *Desejo de participar* com os enfermeiros, nomeadamente na aprendizagem sobre cuidados, como: *Aspiração de secreções*; *Ventilação não invasiva*; *cuidados com a algália*; *Alimentar por SNG*, saindo alguns MFPC do hospital sem que tivessem desenvolvido as competências necessárias.

#### **6.1.3.1. Desenvolvimento da mestria do MFPC relacionada com os autocuidados**

Partindo da análise da Tabela 7, colocámos em evidência as frequências referentes aos MFPC das pessoas dependentes nos diferentes tipos de autocuidado identificados com *Oportunidade de desenvolvimento*.

*Higiene* - Das 107 pessoas avaliadas como dependentes no autocuidado *Higiene*, foram identificados os MFPC a 86 dessas pessoas. No primeiro contacto com o enfermeiro, alguns MFPC partilharam as preocupações, assim como algumas das dificuldades que perspetivaram ocorrer em casa, relacionadas com a *Higiene* da pessoa.



**Tabela 6 – Distribuição dos dados relativos ao potencial para desenvolvimento da mestria dos MFPC durante o internamento hospitalar**

Tipos de autocuidado	Oportunidades de desenvolvimento identificadas		Consciência da necessidade		Disposição para desenvolver a competência		Deseja participar		Demonstra competência	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Higiene (86 casos)	37	43,0	43	50,0	30	34,8	27	31,4	60	69,7
Vestir/despir (78 casos)	31	39,7	32	41,0	20	25,6	19	24,3	50	64,1
Trocar a fralda (49 casos)	22	44,9	24	48,9	15	30,6	15	30,6	25	51,02
Cuidados com a algália (18)	9	50,0	11	61,1	7	38,8	6	33,3	10	55,5
Usar o sanitário (32)	13	40,6	15	46,8	9	28,1	11	34,3	22	68,7
Deambular (28)	10	35,7	12	42,8	4	14,2	6	21,4	18	64,2
Posicionar (51)	18	35,2	21	41,1	13	25,4	17	33,3	21	41,1
Transferir (51)	22	43,1	20	39,2	14	27,4	16	31,3	30	58,8
Alimentar (41)	17	41,4	15	36,5	8	19,51	10	24,3	34	82,9
Alimentar SNG (4)	1	25,0	2	50,0	1	25,0	0	0	3	75,0
Aspirar secreções (2)	2	100,0	1	50,0	0	0	0	0	0	0
Oxigenoterapia (43)	21	48,8	20	46,5	16	37,2	14	32,5	24	55,8
Ventilação não invasiva (11)	9	81,8	7	63,6	6	54,5	6	54,5	8	72,73
Gerir a medicação (68)	29	42,6	30	44,1	20	29,4	19	27,9	53	77,9

Com base nessa informação e no conhecimento que os MFPC demonstraram da situação, os enfermeiros identificaram 37 MFPC com *Oportunidade de desenvolvimento da mestria*. Destes, 25 (67,6%) revelaram ter *Consciência da necessidade*, sendo o autocuidado *Higiene*, um dos cuidados considerados como difíceis de serem assegurados por uma só pessoa, tendo em conta o esforço exigido. Vinte e três (62,2%) MFPC mostraram *Disposição para desenvolver as competências*, participando com os enfermeiros neste tipo de cuidados 18 (48,6%) MFPC. De realçar que 8 MFPC foram orientados para apoio da assistente social devido a dificuldades físicas, por apresentarem sinais de cansaço, por mostrarem dificuldades na compreensão e insegurança, mas também por terem revelado falta de capacidade e disposição para continuarem os cuidados em casa.

**Tabela 7 – Distribuição dos dados relativos aos MFPC identificados com**  
*Oportunidades de desenvolvimento*

Autocuidado	Oportunidade de desenvolvimento		Consciência da necessidade		Disposição para desenvolver a competência		Deseja participar	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Higiene	37	100	25	67,6%	23	62,2%	18	48,6%
Vestir/despir	31	100	16	51,6%	13	41,9%	10	32,3%
Trocar a fralda	22	100	15	68,2%	12	54,5%	8	36,4%
Cuidados com a algália	9	100	5	55,6%	3	33,3%	3	33,3%
Usar o sanitário	13	100	8	61,5%	6	46,2%	6	46,2%
Deambular	10	100	7	70,0%	3	30,0%	3	30,0%
Posicionar	18	100	11	61,1%	10	55,6%	10	55,6%
Transferir	22	100	13	59,1%	12	54,5%	12	54,5%
Alimentar	17	100	7	41,2%	4	23,5%	4	23,5%
Alimentar SNG	1	100	1	100,0%	1	100,0%	0	0,0%
Aspirar secreções	1	100	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Oxigenoterapia	21	100	15	71,4%	14	66,7%	12	57,1%
Ventilação não invasiva	9	100	4	44,4%	3	33,3%	3	33,3%
Gerir a medicação	29	100	17	58,6%	16	55,2%	15	51,7%

*Vestir e despir* – Esta foi uma necessidade identificada pelos enfermeiros com uma expressão significativa de pessoas dependentes (98). No entanto, de entre os 31 MFPC das pessoas dependentes a quem foram identificadas *Oportunidades de desenvolvimento* para *Vestir e despir*, apenas 16 (51,6%) revelaram *Consciência da necessidade*, *Dispondo-se a desenvolver a competência* 13 (41,9%) MFPC. Os enfermeiros forneceram informações e sensibilizaram para os riscos associados ao *Vestir e despir*. Sensibilizaram,

também, para a importância do conforto e diminuição do esforço físico despendido por ambos, o que significou a necessidade de treino dessas competências. Foi um tipo de cuidado que, *a priori*, os MFPC perceberam saber prestar, razão pela qual apenas 10 MFPC (32,3%) treinaram esta competência junto dos enfermeiros. Adequar os conhecimentos, sensibilizando para os riscos que esta prática pode desencadear, e demonstrar o modo de prestar o cuidado com segurança constituíram as intervenções de enfermagem desenvolvidas.

*Trocar a fralda* – Tendo em conta o número de pessoas dependentes para *Trocar a fralda*, isto é, 63 pessoas, os enfermeiros identificaram 49 dos seus MFPC. A necessidade de sensibilizar o prestador de cuidados para a prevenção da maceração constituiu uma das principais intervenções dos enfermeiros neste âmbito. Promover o exercício do papel prevenindo potenciais complicações decorrentes do modo de prestar este tipo de cuidados, foi um dos aspetos que determinaram a intervenção dos enfermeiros. Os enfermeiros identificaram *Oportunidades de desenvolvimento* a 22 MFPC, revelando 15 (68,2%) *Consciência da necessidade*. Salientamos, no entanto, que 12 MFPC (54,5%) mostraram *Disposição para desenvolver a competência* e 8 (36,4%) *Desejaram participar* com os enfermeiros neste tipo de cuidados.

*Usar o sanitário* - A dependência de um prestador de cuidados no uso do sanitário fez-se sentir em 39 pessoas. Os enfermeiros identificaram 32 MFPC durante o internamento do total de pessoas dependentes neste tipo de autocuidado. A 13 MFPC foram identificadas *Oportunidades de desenvolvimento* tendo em conta o exercício do papel relacionado com o uso do sanitário, tendo 8 (61,5%) MFPC revelado *Consciência dessa necessidade*. Mostraram *Disposição para desenvolver a competência* e *Desejo de participar* com os enfermeiros 6 (46,2%) MFPC, respetivamente. Os enfermeiros tiveram um papel relevante ao sensibilizarem para as medidas de segurança associadas ao risco de queda.

*Deambular* – Constatámos que das 35 pessoas avaliadas como dependentes de um prestador de cuidados para *Deambular*, os enfermeiros identificaram 28 MFPC. A 10 MFPC foi identificada *Oportunidade de desenvolvimento*. Constatámos que 7 (70,0%) revelaram *Consciência da necessidade*, dispendo-se a *Desenvolver a competência* 3 (30,0%) MFPC, e a participar com o enfermeiro também 3 (30,0%) MFPC. De realçar que algumas pessoas ficaram mais dependentes, durante o internamento, e mais com-

prometida a capacidade de deambular pelo serviço, o que as tornou dependentes de uma cadeira de rodas e de alguém para as auxiliar na deambulação.

*Posicionar* – Em relação à necessidade de autocuidado *Posicionar*, 65 pessoas revelaram ser dependentes neste tipo de autocuidado, sendo identificados durante o internamento 51 MFPC, de entre os quais 18 revelaram ter necessidade de desenvolver as competências. Adequar os conhecimentos que os MFPC revelaram ter sobre a prevenção de úlceras de pressão, sensibilizá-los para as complicações decorrentes de posicionamentos incorretos, como contraturas, pé equino ou risco de pneumonias de estase, entre outros, foram alguns dos aspetos que, neste contexto, tomaram a primazia no quadro das intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros. Do total dos MFPC identificados com *Oportunidades de desenvolvimento*, 11 (61,1%) mostraram ter *Consciência da necessidade*, 10 (55,6%) MFPC *Demonstraram* quer *disposição para desenvolver a competência*, quer o *Desejo de participar* com os enfermeiros.

*Transferir* – Observámos que das 65 pessoas que revelaram dependência para se *Transferir*, em 51 foi identificado o MFPC. Os enfermeiros reconheceram *Oportunidades de desenvolvimento* a 22 MFPC, destas 13 (59,1%) revelaram ter *Consciência da necessidade*. *Demonstraram Disposição para desenvolver as competências* e *Desejo de participar* com os enfermeiros 12 (54,5%) MFPC. Apesar da importância atribuída pelos MFPC a este tipo de cuidado, mantinham o receio de lhes darem continuidade em casa, devido ao facto de estarem sozinhos e ao esforço associado. Alguns MFPC, apesar de lhes ser reconhecida a capacidade para cuidarem, revelaram não estar dispostos para continuarem este tipo de cuidados em casa.

*Cuidados com a algália* – Os enfermeiros identificaram 18 MFPC de entre as 21 pessoas que, no internamento, dependeram de cuidados com a *algália*. Nove MFPC revelaram necessidade de desenvolver mestria. Adequar o conhecimento sobre a prevenção de infeção, maceração e traumatismos foram conhecimentos que os enfermeiros identificaram enquanto necessidade. As aprendizagens de capacidades centraram-se nos cuidados associados à higiene e à segurança durante a manipulação do saco de drenagem. Durante a interação, os enfermeiros confirmaram que 5 (55,6%) MFPC tinham *Consciência da necessidade*, *Demonstrando* quer *disposição*, quer *Desejo de participar* 3 (33,3%).

*Alimentar* – Os enfermeiros identificaram 41 MFPC de entre as 54 pessoas dependentes. As pessoas com dificuldades respiratórias e, em particular, as que tinham uma doença oncológica apresentavam-se por vezes emagrecidas, sendo esta uma consequência da doença ou dos procedimentos terapêuticos. Estas situações induziram alteração no paladar, na salivação, na digestão e na absorção dos alimentos, com consequente perda de peso dos doentes. A constatação destas alterações, nomeadamente a perda de apetite e/ou de peso deixava, por vezes, os MFPC muito preocupados. Os MFPC revelaram necessitar de informação adicional que os ajudasse a lidar com estas situações após o regresso da pessoa dependente a casa. Algumas pessoas dependentes neste tipo de autocuidado apresentaram também problemas decorrentes da desidratação, sendo estas, entre outras, razões que as levaram ao internamento. Perante estas dificuldades, os enfermeiros identificaram a 17 MFPC *Oportunidades de desenvolvimento*. Sete (41,2%) dos MFPC revelaram ter *Consciência da necessidade*, *Dispondo-se a desenvolver a competência* e a *participar* com os enfermeiros 4 MFPC (23,5%). O autocuidado *Alimentar*, por tradição, é um tipo de cuidado que, *a priori*, os MFPC deveriam revelar maior mestria, já que muitos estavam presentes nas principais refeições das pessoas doentes. A partir da resolução da União Europeia (Council of Europe Resolution, 2003) foram definidas as diretivas para se combater o problema da desnutrição dos doentes durante o período de hospitalização, surgindo o reconhecimento e o incentivo à presença dos familiares à hora das refeições. Decorrente desta diretriz, os profissionais criaram a expectativa de terem os familiares a participar nas principais refeições durante o internamento. A presença dos MFPC à hora das refeições permitiu que alguns enfermeiros gerissem o tempo para orientar e supervisionar os MFPC neste tipo de cuidado, preparando-os para a continuidade dos cuidados em casa.

*Alimentar SNG* – Em 6 pessoas dependentes na *Alimentação por SNG*, os enfermeiros identificaram 4 MFPC, de entre os quais um revelou necessitar de desenvolver mestria. Apesar da *Consciência da necessidade* e da *Disposição* que este manifestou ter para *desenvolver a competência*, a insegurança evidenciada não lhe permitiu que participasse com os enfermeiros neste tipo de cuidado. Através das notas de evolução constatámos que dois MFPC já exerciam este tipo de cuidado em casa.

*Aspirar secreções* – Esta foi uma necessidade avaliada pelos enfermeiros a 3 pessoas dependentes neste tipo de cuidados. Foi identificado o MFPC a 2 pessoas, revelan-

do necessidade de desenvolver a mestria apenas um membro familiar, que tinha a percepção de que este era um cuidado difícil e complexo para ser continuado em casa. Apesar de revelar capacidade para assegurar este cuidado em casa, a expectativa de regressar a casa sem ter de assegurar este tipo de cuidado não o dispôs a aprender. Esta situação teve como consequências o regresso a casa sem que os MFPC tivessem desenvolvido o grau de mestria esperado.

*Oxigenoterapia* – Constatámos que 54 pessoas necessitaram de *oxigenoterapia*. De entre estas, os enfermeiros identificaram 43 MFPC, dos quais 21 mostraram *Oportunidades de desenvolverem a mestria*. Quinze (71,4%) dos MFPC a quem foram identificadas estas oportunidades revelaram ter *Consciência da necessidade*, mostrando 14 (66,7%) *Disposição para desenvolver a competência* e 12 (57,1%) o *Desejo de participar* com os enfermeiros. Os enfermeiros tinham a percepção de que os MFPC não revelavam grande dificuldade na aprendizagem de capacidades para prestar este tipo de cuidados.

*Ventilação não invasiva* – A necessidade de *Ventilação não invasiva* foi avaliada a 13 pessoas dependentes. Nove, do total dos MFPC de pessoas dependentes identificados, revelaram necessidade de desenvolver a mestria tendo em conta o exercício do papel. Quatro (44,4%) mostraram ter *Consciência da necessidade*, *Dispondo-se a desenvolver a competência* e a *Participar* com os enfermeiros na aprendizagem das competências necessárias 3 (33,3%) MFPC. As aprendizagens centraram-se nos cuidados com os equipamentos, limpeza da máscara, mudança de filtros, segurança da pessoa na adaptação e ajuste da máscara e deslocação do equipamento.

*Gerir a medicação* – Das 83 pessoas dependentes para gerir a medicação, a 68 os enfermeiros identificaram o MFPC. Vinte e nove MFPC revelaram *Oportunidades de desenvolvimento*, 17 (58,6%) MFPC demonstraram ter *Consciência da necessidade*, *Dispondo-se* 16 (55,2%) a *desenvolver a competência* e 15 (51,7%) a *participar* com os enfermeiros.

Estes dados vêm reforçar a necessidade de se continuar a investir na preparação dos MFPC. Sabemos que nem sempre os MFPC têm o conhecimento, a informação e a competência para perspetivarem as necessidades e solicitarem a informação e a ajuda profissional necessária. Os enfermeiros tomaram a iniciativa de identificar o MFPC partindo das informações fornecidas pela pessoa dependente ou pelos significativos presentes à hora das visitas. Esta iniciativa facilitou a aproximação da pessoa/enfermeiro/MFPC,



- a) Dificuldades associadas à prestação dos cuidados: gestão dos sintomas da pessoa dependente; dificuldades na gestão das emoções da pessoa dependente face ao desconforto dos tratamentos propostos; dificuldades em continuarem os cuidados em casa; dificuldades em manterem a segurança da pessoa em casa; e dificuldades na prestação dos cuidados à pessoa.
- b) Dificuldades associadas ao suporte social: falta de informação sobre assistência nas atividades da vida diária e instrumental como aceder aos recursos (humanos, materiais e equipamentos, financeiros)
- c) Dificuldades associadas ao diagnóstico: prognóstico; tratamentos médico-cirúrgicos, alta clínica.

Os enfermeiros centraram-se predominantemente no primeiro domínio - *Dificuldades associadas à prestação dos cuidados*; encaminharam para apoio da assistente social quando identificadas - *Dificuldades associadas ao suporte social*; e encaminharam para o médico - *Dificuldades associadas ao diagnóstico*.

Situações existiram em que não foi possível identificar o MFPC, quer pela ausência de familiares, quer por falta da disposição dos mesmos para exercerem o papel de prestador de cuidados. Nestas situações, a pessoa dependente no autocuidado e os familiares foram orientados para apoio da assistente social, de modo a ser assegurada a continuidade dos cuidados. As razões que estiveram na base desse encaminhamento prenderam-se com a necessidade de obterem diferentes tipos de apoio (humano, material e/ou financeiro). Emergiram também razões de natureza pessoal, reveladoras de conflitos pré-existentes, levando o membro da família a pedir ajuda no sentido de ser encontrado um local para onde a pessoa pudesse ir após a alta. As tensões existentes manifestaram-se por sinais de ansiedade e impaciência do cuidador, demonstrando falta de disposição para iniciarem ou continuarem a exercer este papel.

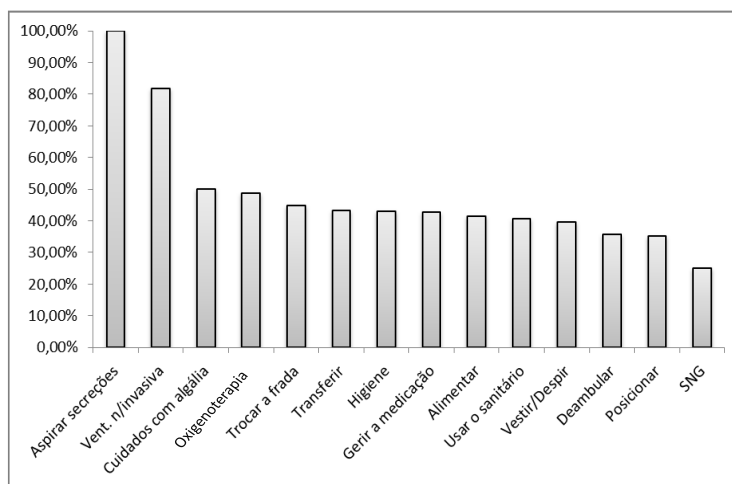
Sabemos que nem sempre o apoio do serviço social correspondeu às expectativas de todos os MFPC. A falta de recursos alternativos ao regresso a casa gerou a insatisfação demonstrada pelos familiares durante o internamento. Alguns MFPC recusaram-se a aceitar a alta da pessoa dependente enquanto não obtiveram uma solução, continuando internados ou sendo encaminhados para unidades de convalescença ou unidades de média duração até obterem a resposta social desejada - encontrar um lar para a pessoa passar a viver. Outros, por falta de alternativa, sentiram-se *pressionados* a aceitar a alta da



pessoa dependente. Apesar da consciência que os MFPC demonstraram ter da necessidade, muitos não se dispuseram a participar com o enfermeiro no desenvolvimento das competências, procurando encontrar em instituições públicas, privadas ou Instituições Particulares de Polidriedade Social, uma solução para o problema.

O Gráfico 1 representa as *Oportunidades de desenvolvimento* identificadas pelos enfermeiros relativamente aos MFPC das pessoas dependentes, por tipo de autocuidado. Os enfermeiros identificaram 61 (67,0%) MFPC de entre os 91 MFPC a quem foram identificadas oportunidades de desenvolvimento. Salienta-se que o gráfico representa a proporção de MFPC a quem foi identificada *Oportunidade de desenvolvimento* (já antes descrita a frequência absoluta) no conjunto dos MFPC das pessoas doentes que apresentaram a necessidade nesse tipo de autocuidado (igualmente, descrita anteriormente a frequência absoluta).

**Gráfico 1 - Distribuição da identificação da oportunidade de desenvolvimento dos MFPC por tipo de autocuidado**



Assim, por exemplo, face às 2 pessoas doentes que necessitaram de *Aspirar secreções* e que foi identificado o MFPC, verificou-se que ambos os MFPC manifestaram *Oportunidade de desenvolvimento* das competências associadas ao exercício do papel, representando 100%. Destacam-se os procedimentos técnicos, como: os cuidados com a *Aspiração de secreções*, com a *Ventilação não invasiva* e com a *Algália*, nos quais se

constatou que a quase totalidade dos MFPC das pessoas doentes com este tipo de necessidade tinha oportunidade de evoluir para melhores níveis de mestria. A este tipo de cuidados, mas também aos associados com a *Alimentação por SNG*, está associada a ideia de complexidade.

Os MFPC reconheceram que os cuidados definidos como complexos requeriam conhecimentos específicos e habilidades que necessitavam ser aprendidos, ao contrário de cuidados como a *Higiene* ou o *Vestir e despir* a pessoa dependente, que não exigiam essas aprendizagens. A nota de campo, referente a um dos MFPC, é paradigmática desta situação:

“Eu tenho muito receio que o meu marido vá com esses tubos todos para casa. É um risco sabe. É um risco se nós não fizermos tudo direitinho. Isso assusta-me. É das coisas que eu tenho mais medo é que os tubos saiam do sítio e depois o que é que eu faço? Por isso é que eu acho que não podemos sair daqui sem saber o que fazer. Nós temos que nos sentir seguros para podermos fazer estas coisas.  
I - Está-se a referir à alimentação por sonda nasogástrica?  
Também, mas com a algália é o mesmo. Tudo quanto seja tubo metido me mete medo. Logo, temos que saber o que fazer.  
I – E em relação aos outros cuidados?  
Não tenho tanto medo, não se correm esses riscos, não é verdade?  
I – Mas podem-se correr outros riscos na sua opinião?  
Sim, por exemplo, a senhora enfermeira fartou-se de dizer para ter atenção em não o deixar estar muito tempo na mesma posição, ou sempre para o mesmo lado. Ou ter cuidado com a roupa, ou a fralda se estiver molhada, mas esses cuidados são diferentes. Esses, nós podemos controlar de fora. Vemos a pele se está molhada, se está vermelha, enquanto com um tubo nós não conseguimos controlar dessa forma. Corre-se mais riscos. São muito mais complexos, não é!” (1-5-2009.)

Referiram, também, dificuldades para *Trocar a fralda*, *Transferir da cama para a cadeira* e vice-versa, cuidados durante o *Banho na cama*; *Trocar a roupa* da cama, mas também para *Vestir/despir* e *Posicionar* a pessoa. Aos cuidados associados à *Higiene*, *Vestir/despir*, *Trocar a fralda*, *Posicionar* e *Transferir da cama para a cadeira* e vice-versa, estava associada a noção de esforço físico intenso, sendo por isso considerados cuidados difíceis. O estudo de Lage (2009) reforça esta informação, assinalando os cuidados de *Higiene* e as *Transferências* como áreas que geralmente são problemáticas.

As notas de enfermagem foram reveladoras do tipo de ações que foram documentadas após a implementação da mudança. Os registos fizeram referência à situação de dependência da pessoa internada (avaliar a situação da pessoa internada; avaliar a dependência para o autocuidado), mas também identificaram as oportunidades de desenvolvimento, traduzidas em necessidades de ajuda ao MFPC (avaliar a necessidade de ajuda do MFPC face à alimentação; avaliar a necessidade de apoio social). As necessidades de ajuda expressaram os conhecimentos que os MFPC revelaram ter da situação da

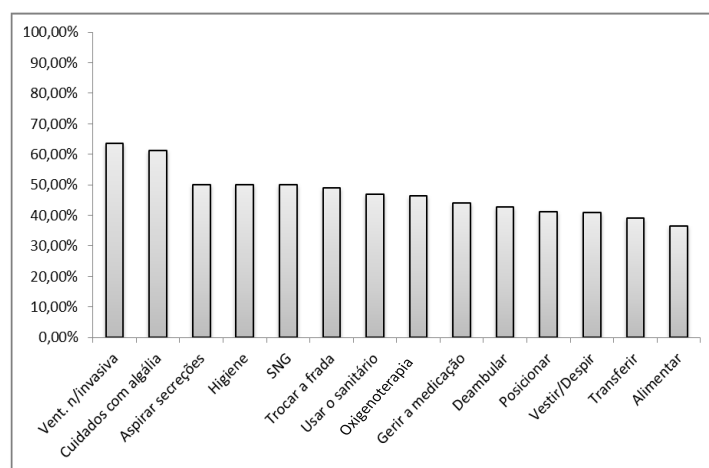
pessoa, realçando: a percepção da necessidade de cuidados da pessoa antes do internamento; os modos dos MFPC promoverem os cuidados; as limitações percebidas para assegurarem os cuidados e, as capacidades percebidas para o exercício do papel.

Alguns MFPC foram capazes de antecipar as necessidades/dificuldades, sugerindo alternativas para lidarem com a situação. Outros nem sempre tinham uma ideia clara das necessidades de cuidados das pessoas internadas, surgindo a necessidade de ajuda através da identificação das oportunidades de desenvolvimento. Fornecer informações, numa fase inicial, mas também, ao longo do internamento, permitiu situar os MFPC relativamente à situação de dependência da pessoa e à necessidade de ajuda, tendo em conta a continuidade dos cuidados em casa. Estes conhecimentos facilitaram a reorientação interior, ajudando os MFPC a anteciparem a necessidade de ajuda. Como refere Vieira (2008, p.114), “*a necessidade de ajuda faz surgir uma resposta espontânea de cuidado nos seres humanos, que veem no outro a sua própria vulnerabilidade*”. Este momento possibilitou a partilha das inquietações/preocupações e/ou dificuldades no sentido da continuidade dos cuidados em casa.

*Consciências da necessidade* - Os enfermeiros identificaram 67 (73,6%) MFPC de entre os 91 MFPC que revelaram ter *Consciência da necessidade*. A partir do momento em que os enfermeiros clarificaram a necessidade de cuidados e alertaram para os riscos, emergiu uma nova consciência que permitiu a alguns MFPC anteciparem as suas próprias dificuldades (Gráfico 2).

Nesta fase, os enfermeiros reavaliaram a situação com cada MFPC e perceberam que alguns continuavam a não ter *Consciência da necessidade* de cuidados que a pessoa dependente requeria, tendo sido necessário fornecer informação adicional. A informação alertou-os para os riscos e para as especificidades de alguns dos cuidados. Após a identificação de *Oportunidades de desenvolvimento*, os enfermeiros recolheram dados sobre a consciência que o MFPC demonstrou ter sobre a necessidade de continuar os cuidados. A avaliação da *Consciência da necessidade* foi um dos pressupostos essenciais para a continuidade do processo.

**Gráfico 2 - Distribuição da consciência das oportunidades de desenvolvimento dos MFPC por tipo de autocuidado**



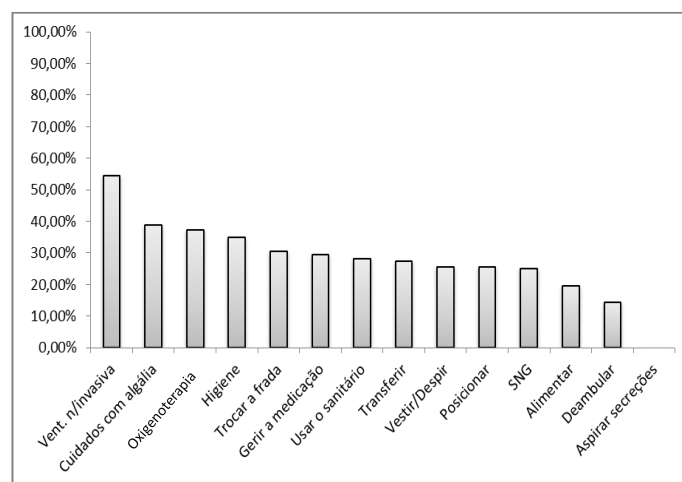
A partir deste momento os enfermeiros avaliaram a capacidade dos MFPC desenvolverem as competências. Orientaram para apoio da assistente social, quando reconheceram que os MFPC não reuniam as capacidades, ou negociavam com o MFPC a possibilidade de envolverem outro membro da família na aprendizagem dos cuidados. A informação fornecida nesta fase inicial foi, em algumas situações, reforçada pela entrega de folhetos orientadores dos cuidados, conforme provam as notas de enfermagem referentes a alguns dos casos:

“Fornecida informação quanto à dependência” (3-5-2009 E13)  
“...fornecemos panfletos” (9-6-2009 E4).

Disposição para desenvolver a competência - Os enfermeiros identificaram 52 (57,1%) MFPC de entre os 91 MFPC identificados (Gráfico 3), encontrando-se padrões de resposta diferentes:

- MFPC que não revelaram condições para desenvolver a competência, pois demonstraram dificuldades nas aprendizagens, ou apresentavam problemas de saúde que os impossibilitavam de fazer esforços físicos intrínsecos à prestação dos cuidados;
- MFPC que, demonstrando capacidades, não tinham disposição nem confiança para desenvolver as competências;
- MFPC que, demonstrando capacidades, estavam dispostos a desenvolver mais a competência.

**Gráfico 3 - Distribuição da disposição dos MFPC para desenvolver a competência por tipo de autocuidado**



Nesta fase, os MFPC que mostraram disposição para desenvolver a competência, definiram com o enfermeiro o tipo de ajuda e acordaram os momentos em que estes deveriam ocorrer, conforme excerto da análise de conteúdo às notas de enfermagem.

“Amanhã a nora vem por volta das 11h para ensino sobre VNI” (6-7-2009 E20)

Excetuam-se os cuidados *Alimentar por SNG*, onde a frequência se manteve, e o caso da *Aspiração de secreções*, em que nenhum MFPC mostrou ter disposição para aprender.

O agravamento da situação de saúde de algumas pessoas dependentes influenciou a disposição dos MFPC para continuarem a envolver-se na aprendizagem dos cuidados e a desenvolverem a competência.

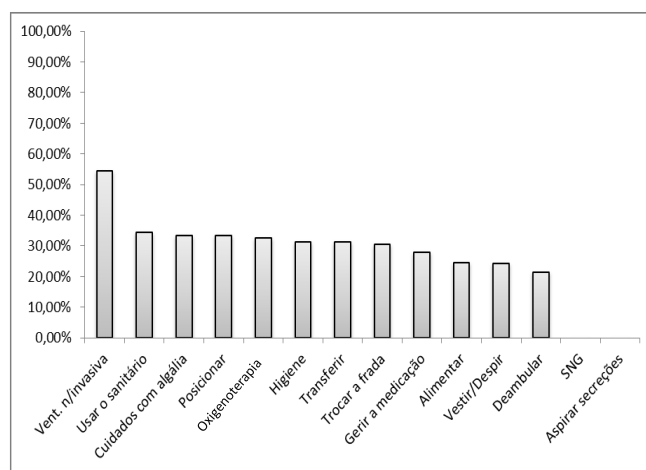
*Desejo de participar* - Os enfermeiros identificaram 55 (60,4%) MFPC do total de MFPC. Ter disposição para desenvolver a competência nem sempre implicou o *Desejo de participar* na aprendizagem dos cuidados durante o episódio de internamento (Gráfico 4).

Estes MFPC, e também os enfermeiros, mantinham a expectativa que as pessoas regressassem a casa sem a necessidade deste tipo de cuidados, adiando a aprendizagem dos mesmos.

“...não é muito comum, os clientes, supostamente...a parte das secreções são controladas. As secreções estão normalmente associadas a infecções respiratórias e nós conseguimos controlar isso e diminuir a produção de secreções. Por isso, daí eles irem estáveis e irem para casa com esse problema resolvido, não necessitando o familiar de ter necessidade de aprender o procedimen-

to de aspiração com as secreções. Mas...a evolução do cliente permitia-nos gerir o envolvimento do MFPC a fim do desenvolvimento da competência, embora às vezes não aconteça” (E4 R. av. Final)

**Gráfico 4 - Distribuição do desejo de participar nos cuidados manifestados pelos MFPC por tipo de autocuidado**



O desconforto induzido por certos procedimentos técnicos e o estado de debilidade de algumas pessoas dependentes levaram os MFPC a não desejarem participar em cuidados como, por exemplo, a *Aspiração de secreções*.

Os MFPC queriam que os enfermeiros aliviassem o sofrimento ou o desconforto das pessoas o mais rapidamente possível. Nestas situações, os enfermeiros aguardavam que os MFPC mostrassem de novo o desejo de participar, convidando-os a estar presentes durante os cuidados. Alguns MFPC retomaram o processo, assim que as pessoas doentes melhoraram.

“O aproximar-se o fim de vida era algo que lhes causava muita ansiedade. E eles tinham os seus próprios sentimentos para gerir. Por mais força de vontade em quererem ajudar, queriam que o familiar morresse com a melhor qualidade de vida possível. Daí procurarem, por vezes, outros meios.” (E8 av. Final)

*Demonstração das competências* – Os enfermeiros avaliaram a *Demonstração da competência* a 79 (86,8%) MFPC de entre os 91 MFPC identificados (Gráfico 5). Através das capacidades demonstradas e dos conhecimentos que os MFPC revelaram ter, os

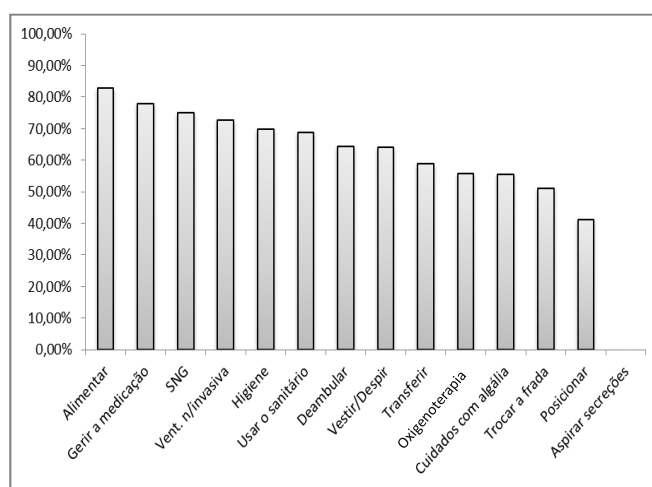
enfermeiros formularam um juízo ao longo das diferentes etapas do processo, conforme excerto de uma das notas de campo de um enfermeiro:

“Observo discretamente, metia conversa como estando a falar com o cliente, no entanto eu observava o MFPC. Dava para ver como o posicionava antes de o alimentar. Por vezes, alguns MFPC queriam estar de manhã para ajudarem nos cuidados de higiene, pois o doente estava muito mal. Por vezes, estavam ali e colaboravam nos cuidados. Nós aí tínhamos possibilidade de ver o que faziam e como faziam. Entretanto, ficávamos a conversar sobre os cuidados. Por vezes, esse momento, que não tinha sido programado, funcionava como o momento em que dávamos informações, orientávamos e até ajudávamos a fazer de um outro modo, que segundo eles era um modo mais fácil de prestar o cuidado.” (Caso 69 em 4-5-2009 E4)

Foi igualmente confirmado por um excerto de uma nota de campo de um MFPC:

“Há enfermeiras que passam e perguntam “Quer ajuda?” Eu digo “Não, senhora enfermeira”. Mas às vezes eu sinto que ficam junto de mim para ver como estou a fazer. Umas vão embora, outras vêm até junto a mim e ficam um bocadinho a conversar sobre porque faço determinada coisa ou como faço.” (Caso 69 - MFPC 4 av.)

**Gráfico 5 - Distribuição da demonstração da competência dos MFPC por tipo de autocuidado**



Ao longo do internamento, alguns MFPC envolveram-se na prestação dos cuidados com os enfermeiros. Os enfermeiros avaliaram, assim, as competências destes MFPC e reconheceram a mestria, pelos conhecimentos partilhados, pelo modo como os MFPC anteciparam dificuldades e sugeriram alternativas, pelas decisões que tomaram, mostrando, assim, ser responsáveis para continuarem os cuidados em casa.

No sentido de gerar uma síntese mais compreensível sobre a informação resultante da análise aos IADMFC, nos quais os enfermeiros registaram dados sobre o PPRC,

construímos o gráfico seguinte a partir dos dados já anteriormente apresentados na tabela 7. Assim, da análise do gráfico, podemos inferir, por exemplo face às pessoas dependentes no autocuidado *Higiene*, que: 67,6% dos MFPC a quem foi identificada *Oportunidade de desenvolvimento* da mestria para lidar com as atividades inerentes à satisfação das necessidades da pessoa doente associadas à higiene pessoal, têm *Consciência* dessa oportunidade durante o internamento hospitalar. O que quer dizer, neste caso, que dos 37 MFPC a quem foi identificada pelos enfermeiros a *Oportunidade de desenvolvimento* de mestria relacionada com a *Higiene* da pessoa doente, 7 não tinham *Consciência* dessa oportunidade e 25 (67,6%) tinham. Dos 37 MFPC a quem foi identificada pelos enfermeiros a *Oportunidade de desenvolvimento* de mestria relacionada com a *Higiene* da pessoa doente, só 23 (62,2%) demonstraram ter *Disposição para desenvolver essas competências* e, apenas, 18 (48,6%) *Desejaram participar* nessas atividades durante o internamento.

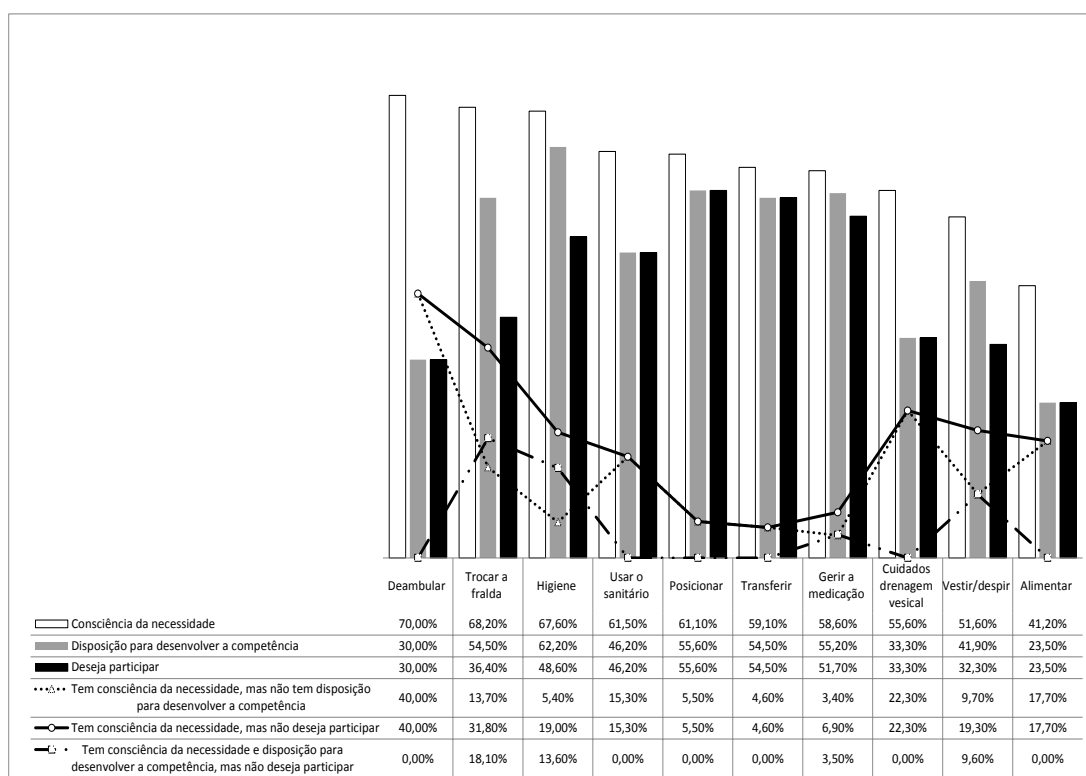
Analisando o gráfico seguinte, nesta perspetiva, podemos sintetizar a partir da apresentação em barras (brancas, cinzentas e pretas), Gráfico 6:

- *Deambular, Trocar a fralda e Higiene* representam as necessidades das pessoas doentes, face às quais os MFPC estão mais conscientes das oportunidades de desenvolvimento de mestria;
- *Alimentar, Vestir/Despir e Cuidados com a algália* representam as necessidades das pessoas doentes, face às quais os MFPC estão menos conscientes das oportunidades de desenvolvimento de mestria.
- *Higiene, Trocar a fralda, Posicionar e Transferir* representam as necessidades das pessoas doentes, face às quais os MFPC apresentam maior disposição para desenvolver as competências;
- *Alimentar, Deambular e Cuidados com a algália* representam as necessidades das pessoas doentes, face às quais os MFPC apresentam menor disposição para desenvolver as competências;
- *Posicionar, Transferir e Gerir a medicação* representam as necessidades das pessoas doentes, face às quais os MFPC apresentam maior disposição para participar com os enfermeiros durante o internamento;



- Alimentar, Vestir/Despir e Deambular representam as necessidades das pessoas doentes, face às quais os MFPC apresentam menor disposição para participar com os enfermeiros durante o internamento.

**Gráfico 6 - Distribuição das necessidades das pessoas doentes face às necessidades dos MFPC desenvolverem a mestria**



A partir da análise do representado nas barras do gráfico, podemos evoluir sintetizando a partir da representação gráfica de séries em linhas:

- Deambular, Alimentar e Cuidados com a algália representam as necessidades das pessoas doentes, face às quais uma maior percentagem dos MFPC que revelaram ter consciência da necessidade de desenvolver mestria nesses domínios, demonstram não ter disposição para desenvolver as competências;

- *Gerir a medicação, Transferir, Higiene e Posicionar* representam as necessidades das pessoas doentes, face às quais uma menor percentagem dos MFPC que revelaram ter consciência da necessidade de desenvolver mestria nesses domínios, demonstram não ter disposição para desenvolver as competências;
- *Deambular, Trocar a fralda e Cuidados com a algália* representam as necessidades das pessoas doentes, face às quais uma maior percentagem dos MFPC que revelaram ter consciência da necessidade de desenvolver mestria nesses domínios, demonstram não ter disposição para participar com os enfermeiros durante o internamento;
- *Gerir a medicação, Transferir e Posicionar* representam as necessidades das pessoas doentes, face às quais uma menor percentagem dos MFPC que revelaram ter consciência da necessidade de desenvolver mestria nesses domínios, demonstram não ter disposição para participar com os enfermeiros durante o internamento;
- *Trocar a fralda, Higiene e Vestir/Despir* representam as necessidades das pessoas doentes, face às quais uma maior percentagem dos MFPC que revelaram ter consciência da necessidade de desenvolver mestria nesses domínios e que demonstram ter disposição para desenvolver as competências, não tem, no entanto, disposição para participar com os enfermeiros durante o internamento;
- *Gerir a medicação, Transferir e Posicionar* representam as necessidades das pessoas doentes, face às quais uma menor percentagem dos MFPC que revelaram ter consciência da necessidade de desenvolver mestria nesses domínios e que demonstram ter disposição para desenvolver as competências, não tem, no entanto, disposição para participar com os enfermeiros durante o internamento.

Neste contexto, é muito importante salientar que há domínios como *Alimentar*, onde menos de metade dos MFPC face aos quais os enfermeiros identificaram oportunidade de desenvolvimento, consciencializaram ter necessidades de mudança nesses domínios. Por outro lado, apesar da maior consciencialização sobre as oportunidades, no domínio do *Deambular*, por exemplo, há menos disponibilidade para desenvolver as

competências; no entanto, os MFPC que demonstraram disposição para desenvolver a competência desejaram participar com os enfermeiros nessas atividades durante o episódio de internamento.

Claramente, *Posicionar*, *Transferir* e *Gerir a medicação* são domínios nos quais os MFPC, que têm consciência das oportunidades, demonstram disposição para desenvolver as competências e querem participar com os enfermeiros durante o episódio de internamento.

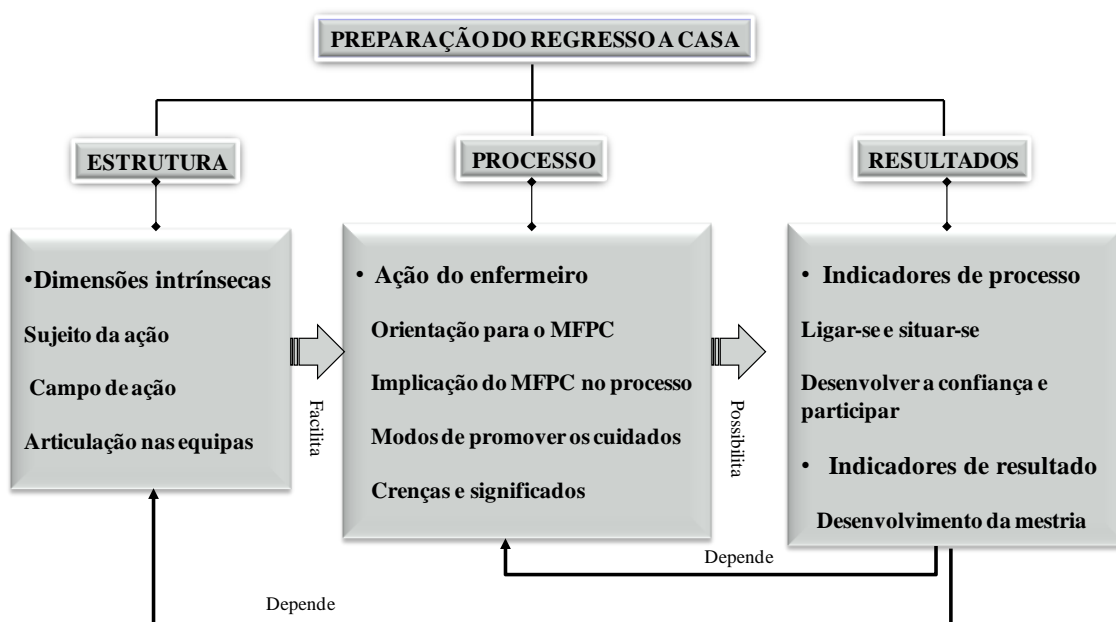
Apresentamos agora a estrutura da ação do enfermeiro que possibilitou o processo de mudança.

## 6.2. ANÁLISE DA AÇÃO DO ENFERMEIRO NO ÂMBITO DA ESTRUTURA DO PROCESSO E DOS RESULTADOS

A utilização de diferentes técnicas de recolha de dados permitiu uma análise integrada da informação. Esta traduziu o impacto da ação do enfermeiro no desenvolvimento das competências dos MFPC, ao ser analisado todo o processo em que enfermeiros e MFPC estiveram envolvidos.

A preparação do regresso a casa dependeu, assim, da **Estrutura** descrita no capítulo do planeamento, e da qual salientamos três dimensões: *dimensão intrínseca ao sujeito*, *dimensão intrínseca ao campo de ação* e *dimensão intrínseca à articulação nas equipas*. A preparação do regresso a casa dependeu, também, do **Processo**, do qual destacamos: *a orientação da ação do enfermeiro para o MFPC*, *a implicação do MFPC no processo*, *as formas de prestarem os cuidados*, *as crenças e os significados atribuídos ao exercício do papel*. Salientamos, relativamente aos **Resultados**, *os indicadores de processo*, destacando: facilitar a ligação e situar-se e desenvolver a confiança; *os indicadores de resultado*, que possibilitaram a demonstração do grau de mestria esperado (Diagrama 22).

**Diagrama 22 – Estrutura – Processo – Resultado**



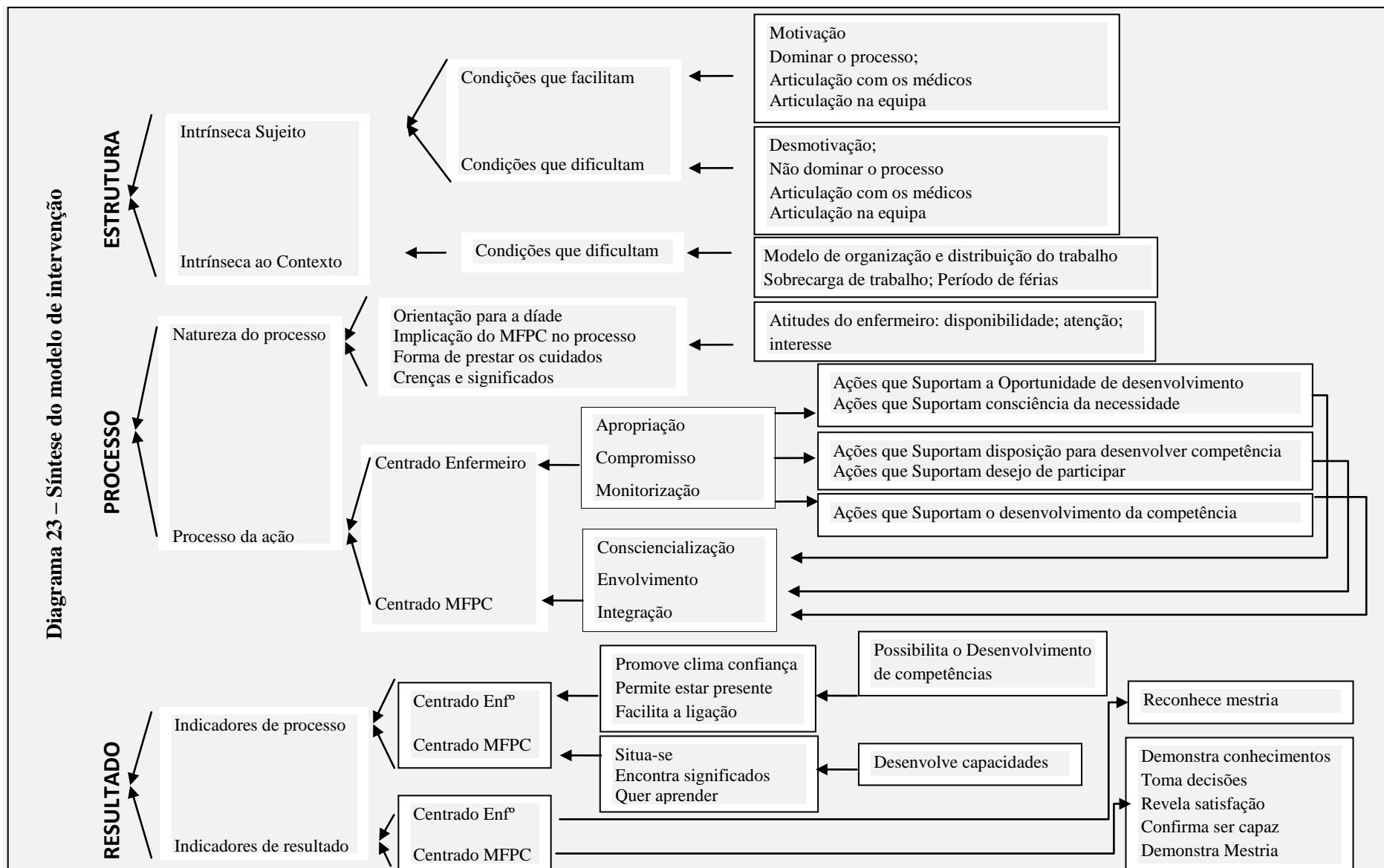
### 6.2.1. Dimensões intrínsecas à estrutura

Partindo da problemática em estudo, a definição da estrutura foi determinante, pois foi a partir dela que os enfermeiros se organizaram, se comprometeram e envolveram os MFPC nas diferentes etapas PPRC (Diagrama 23).

No entanto, apesar de inicialmente terem decidido por uma estrutura com enfermeiro coordenador, enfermeiro responsável e enfermeiro de articulação, cada um com funções previamente acordadas, nem todos os enfermeiros assumiram os compromissos definidos ao longo do processo. Este foi um dos fatores que dificultou a continuidade do mesmo.

O método de prestação de cuidados por enfermeiro responsável é um dos que permite a continuidade de cuidados, como referem Amendoeira (1994) e Costa (1999), sendo este o método selecionado, depois da discussão no grupo, por facilitar a vinculação enfermeiro/pessoa dependente/MFPC, permitindo a identificação das necessidades/dificuldades das pessoas dependentes e respetivos MFPC.

Diagrama 23 – Síntese do modelo de intervenção



No entanto, alguns enfermeiros utilizavam o método funcional, principalmente nos turnos da tarde e noite, levando à interrupção do processo.

Para Kanter (1993), as pessoas só alcançam os objetivos organizacionais se os ambientes de trabalho estiverem estruturados de forma a providenciar a ajuda, assim como a oportunidade para crescer e aprender. Se se centrarem no cumprimento de tarefas a que têm de dar resposta, dificilmente têm oportunidade de cuidar, com base numa relação enfermeiro/doente/família. Este foi um dos fatores que, neste estudo, dificultou a continuidade e as relações estabelecidas. Estudos provam que a qualidade, a prestação de cuidados de enfermagem totais, contínuos, coordenados e imputáveis, depende do método de prestação de cuidados escolhido (Costa, 1999), sendo o método individual semelhante ao método de responsável (Manley, 1989).

A rotatividade semanal dos enfermeiros dificultou a vinculação dos enfermeiros com as pessoas doentes e respetivos MFPC, traduzindo-se na interrupção e descontinuidade do processo de desenvolvimento de competências dos MFPC. Esta situação despertou para a necessidade de repensar o modo de organização e distribuição do trabalho, no sentido de facilitar a vinculação dos enfermeiros - doentes - MFPC.

“Uma dificuldade é que, um dia, nós estamos numa sala e, no outro, posso estar em outra sala (E17).”

A criação do IADMFPFC permitiu identificar e registar as **necessidades de autocuidado** das pessoas dependentes, assim como as **oportunidades de desenvolvimento, a consciência da necessidade, a disposição para desenvolver a competência, o desejo de participar e a demonstração da mestria** dos MFPC tendo em conta os diferentes tipos de autocuidado em análise. Este constituiu-se como uma base estrutural que orientou e possibilitou avaliar o impacto da ação profissional no âmbito do processo de preparação do regresso a casa. Este instrumento teve repercussões no tipo de informação que passou a ficar documentada sobre a intervenção do enfermeiro no MFPC, permitindo sistematizar a informação partilhada oralmente nas passagens de turno. A **informação** contemplada tornou-se, assim, vital para a continuidade do processo de preparação dos MFPC durante o internamento hospitalar. Apesar de nem sempre os enfermeiros registarem no IADMFPFC as ações que suportaram as diferentes etapas do processo, as notas de enfermagem foram reveladoras da sua participação, conforme excerto que se apresenta:

“O filho administrou 150 c.c. de chá açucarado por SNG cumprindo todos os cuidados corretamente” (15-06-2009 E4)

“Eu lembro-me de um doente que já vinha entubado de casa. Era o filho que lhe prestava cuidados. Eu lembro-me perfeitamente. E o filho já sabia administrar a alimentação por sonda nasogástrica. Portanto, nós identificamos logo no primeiro ou segundo dia de internamento que o filho sabia. Eu lembro-me de estar lá com o filho e o filho dar a alimentação.” (E4 av. Final)

No entanto, nem sempre a informação inscrita no instrumento e nas notas de evolução traduziram quando intervir com o MFPC, existindo a intenção que nem sempre se concretizou em ação.

“Necessita de ensino acerca cuidados de higiene, prevenção de maceração, transferência, deambulação, oxigenoterapia, gestão de medicação (3-7-2009 E16).

A falta de informação e de partilha dificultou, por vezes, a continuidade dos cuidados, como provam os estudos neste âmbito (Silva, 2001; Sousa, 2005; Pereira, 2007; Azevedo 2010). Sabemos que todos os planos de ação, que permitem organizar o real com um determinado fim em vista, podem com efeito ser realizados primeiro no pensamento, antes de o serem na realidade. No entanto, não podem ficar eternamente no pensamento, enquanto intenção, porque se corre o risco de nunca serem concretizados em ação. O que significa que, o que cada enfermeiro no seu turno de trabalho pensou desenvolver mas que, dependendo das circunstâncias, não teve oportunidade de realizar, deveria ter sido **comunicado**, quer oralmente, quer por escrito nas passagens de turno. Só assim seria possível ser assegurada a continuidade do PPRC a todos os MFPC das pessoas dependentes que, ao longo do internamento, se dispuseram a participar com os enfermeiros, sendo este um dos constrangimentos que inviabilizou a continuidade de alguns processos. Este é um problema cuja resolução pode partir dos enfermeiros, se estes deixarem documentado o trabalho que não tiveram oportunidade de efetuar.

A PPRC, enquanto parte importante dos cuidados diários, não pode continuar a ficar em segundo plano na hierarquia dos cuidados a desenvolver, porque lhe é atribuído um valor menor face aos restantes cuidados. A disponibilidade pessoal, enquanto característica do enfermeiro está, segundo Leininger (1991) e Watson (1988), associada à **disponibilidade temporal** tendo esta, neste contexto, influenciado o início e/ou a continuidade do PPRC de alguns MFPC que demonstraram consciência e disposição para desenvolverem a competência. Mas a disponibilidade corresponde também a um trabalho de postura interior sendo segundo Watson (1985) um valor e uma atitude que se tornam **vontade** e que se traduzem na intenção ou no compromisso, manifestando-se em atos concretos. A **disponibilidade** do enfermeiro, enquanto disposição interior, funcio-

nou como o facilitador da relação como um todo, e da **aproximação**, em particular (Lopes, 2006). A disponibilidade e a proximidade foram, assim, a via para o compromisso (Morse, Anderson e Bottorff, 1992).

Mas, pouco tempo significa cuidados incompletos, segundo Kèrouac (1994). A disponibilidade constitui uma disposição destinada a garantir o início e a continuidade de um compromisso num determinado processo (Parse, 1992). O **compromisso** é, assim, uma resposta afetiva complexa, caracterizada pela convergência entre **desejos** e **obrigações** e por uma **escolha deliberada** para agir em concordância com ambos Rochach (1993).

Verificámos que a preparação do regresso a casa esteve dependente do tipo de cuidados a continuar em casa. Em cuidados instrumentais como: *Ventilação não invasiva*; *cuidados com a Algália* ou cuidados na *Aspiração de secreções*, os enfermeiros careciam da confirmação do médico para darem início ao processo de preparação do MFPC. A falta dessa informação retardou também o envolvimento e a participação dos MFPC nas diferentes etapas do processo, regressando alguns MFPC a casa, sem que tivessem desenvolvido as competências necessárias à continuidade dos cuidados.

### 6.2.2. Dimensões intrínsecas ao processo

O processo refletiu uma maior **atenção** do enfermeiro para com o MFPC. Este, enquanto processo que decorre ao longo do tempo, fez emergir os fenómenos de enfermagem que expressaram dependência da pessoa no autocuidado, mas também os fenómenos que expressaram as *Oportunidades* dos MFPC *desenvolverem a mestria*. O modo como os enfermeiros exerceram este papel colocou em evidência:

- A orientação para a díade pessoa dependente no autocuidado e MFPC;
- A implicação do MFPC no processo;
- O reconhecimento de formas diferentes de prestar os cuidados;
- As crenças e significados atribuídos ao exercício do papel;
- Os indicadores de processo;
- Os indicadores de resultado.



#### **6.2.2.1. A orientação para a pessoa dependente e para o MFPC**

O plano de preparação do regresso a casa revestiu-se de um carácter individual face a cada um dos MFPC. Esta especificidade manifestou-se na orientação da atenção dos enfermeiros para a pessoa dependente no autocuidado, mas também na orientação da atenção para o MFPC, o que possibilitou a identificação, o envolvimento e o desenvolvimento de diferentes competências, preparando assim os MFPC para o exercício do papel. A avaliação inicial que os enfermeiros passaram a fazer à pessoa dependente permitiu-lhes identificar o grau de dependência nos diferentes tipos de autocuidado. Com base nessa avaliação, os enfermeiros voltaram a atenção para os MFPC, identificando a necessidade de ajuda, ponto 6.1.2. Os enfermeiros reconheceram as necessidades/dificuldades expressas pelos MFPC, sendo esta uma informação importante na compreensão dos contextos específicos onde os cuidados se iriam situar, isto é, em casa das pessoas dependentes e/ou respetivos MFPC.

Os enfermeiros, ao *identificarem as Oportunidades de desenvolvimento*, perceberam a falta de conhecimento e de experiência que afetara, por vezes, a perceção dos MFPC para exercerem o papel após o regresso da pessoa dependente a casa, sendo este um fenómeno referenciado também em alguns estudos (Ùbeda, Roca e García, 1997; Paúl, 1997). A informação fornecida pelos enfermeiros no início do processo permitiu aos MFPC anteciparem algumas das dificuldades em casa. Foi essa informação que facilitou a reorientação interior, em termos dos cuidados necessários e das mudanças que perspectivavam ao nível do quotidiano da vida, desenvolvendo uma consciência diferente antes do regresso a casa. A nova consciência traduziu-se no reconhecimento da necessidade de desenvolverem capacidades para prestarem os cuidados, mas também, da necessidade de repensarem estratégias para superarem as dificuldades em casa, mobilizando recursos familiares e sociais.

Ao longo do internamento, os enfermeiros ajudaram os MFPC a verbalizar o que os incomodava, antecipando novas dificuldades. Ajudaram, também, a identificar os recursos necessários e de que dispunham para lidar com a situação em casa, não só no que se refere a equipamentos, mas também a recursos humanos e de apoio aos cuidados de *Higiene*, sendo identificados vários MFPC que revelaram ter esta necessidade.

#### 6.2.2.2. A implicação do MFPC no processo

A relação que os enfermeiros estabeleceram com os MFPC dependeu do seu enfoque teórico e da sua experiência de vida (Bonet, 2009), traduzindo o que valorizavam em relação à preparação dos MFPC. A **atenção** e o posicionamento do enfermeiro face à preparação do regresso a casa contribuíram para a implicação do MFPC no processo. A implicação do MFPC no processo foi gradual, dependendo da capacidade do enfermeiro se **apropriar** dos conhecimentos e sentimentos que levaram os MFPC a quererem, ou não, implicar-se no processo. O *reconhecimento* da **Consciência da necessidade**, da **Disposição para desenvolver a competência** e do **Desejo de participar** foram requisitos necessários para que os enfermeiros se comprometessem e os MFPC se envolvessem no planeamento da preparação do regresso a casa.

A informação resultante da análise dos IADMFPFC é reveladora de que muitos MFPC apresentam padrões de resposta diferentes. Apesar da consciência que os MFPC demonstraram ter da necessidade, esta não significou ter disposição para desenvolver a competência, de acordo com os dados obtidos. Alguns MFPC, no início do processo, mostraram-se inseguros afirmando que não seriam capazes de dar continuidade aos cuidados em casa. Schumacher, Stewart e Archbold (1998) consideram que as pessoas iniciadas na prestação de cuidados estão ansiosas e sentem, com regularidade, medo de não serem capazes de corresponder às exigências da prestação de cuidados, expressando preocupação relativamente às suas próprias capacidades.

Os enfermeiros identificaram oportunidades de desenvolvimento da mestria, apesar de alguns MFPC terem a perceção de que sabiam prestar os cuidados. Esta foi a razão que justifica a falta de disposição demonstrada por alguns MFPC para desenvolver a competência para *Alimentar* ou *Vestir/despir* a pessoa dependente neste tipo de cuidados. Estar menos consciente das oportunidades de desenvolvimento da mestria foi um fator que, neste contexto, influenciou a profundidade da implicação do MFPC no processo. Os enfermeiros permitiram a presença e dialogaram sobre os cuidados, reforçando as práticas corretas de cuidar. Assim, estar presente, tirar dúvidas, ver prestar os cuidados foram as intervenções que ajudaram os MFPC a terem uma nova consciência para se implicarem nos cuidados.

Constatámos, também, que apesar da consciência da necessidade e da disposição para desenvolverem a competência, alguns MFPC não mostraram vontade para participar com os enfermeiros. A *Disposição do MFPC para desenvolver a competência* foi influenciada pelo seu estado emocional, decorrente da evolução da situação da pessoa dependente, traduzindo-se, frequentemente, na interrupção do processo, quando a pessoa dependente piorava. A consciência que o MFPC tinha de que a pessoa estava pior, apresentando-se mais dependente nos diferentes tipos de autocuidado, foi a razão principal que justificou ter consciência da necessidade, disposição para desenvolver a competência, mas não ter o desejo de participar com os enfermeiros, pois acreditavam que a pessoa dependente não regressaria a casa com vida. Esta situação justifica a diminuição das frequências nos diferentes tipos de autocuidado em análise.

A implicação do MFPC traduziu a expressão de vontade em cooperar no desenvolvimento de competências. A vontade foi um sentimento que os enfermeiros procuraram junto dos MFPC. Entre os referenciais para avaliar a prontidão do prestador de cuidados, Maramba, Richards e Larrabee (2004) incluem a demonstração de vontade para assumir a prestação de cuidados. A declaração de vontade surgiu a partir do momento em que os MFPC se sentiram compreendidos face aos problemas que estavam a viver e mostraram a vontade em aprender.

Os enfermeiros identificaram os recursos pessoais que os MFPC demonstraram ter e incentivaram-nos a prosseguir, a enfrentar a situação, ajudando-os a tomar uma maior consciência dos seus próprios recursos internos, à medida que forneciam algumas orientações sobre os recursos existentes na comunidade. Foram informados da existência do serviço social, onde poderiam obter informação sobre enquadramento legal, instituições, serviços locais disponíveis e benefícios financeiros (subsídios), entre outros. Os encargos financeiros que estes familiares tinham de suportar tornaram este serviço muito procurado, apesar de nem sempre este ter correspondido a algumas das necessidades expressas.

Alguns MFPC demonstraram ter consciência da necessidade de desenvolverem a mestria, no entanto, não mostraram desejo em participar com os enfermeiros durante o internamento. Ter revelado alguma consciência das mudanças ocorridas não significou que os MFPC tivessem atingido o nível de consciência necessária para se envolverem no processo e decidirem participar com os enfermeiros, como referem Chick e Meleis

(1986). Cuidados como *Trocar a fralda* ou cuidados com a manutenção da *algália*, os MFPC tinham por expectativa que estes problemas fossem resolvidos durante o internamento. Estes comportamentos podem justificar o facto de alguns MFPC não estarem ainda em transição.

Ter consciência das oportunidades de desenvolver a mestria, mas não ter o desejo de participar com os enfermeiros durante o internamento surge associado à expectativa de não ter necessidade de dar continuidade a cuidados complexos, tais como *Aspirar secreções* ou *Alimentar por SNG*, não revelando, assim, disposição para se implicarem nos mesmos.

Alguns MFPC estavam perfeitamente conscientes da necessidade de desenvolverem as competências, mas recusavam participar com os enfermeiros durante o internamento enquanto não tivessem obtido uma resposta do serviço social garantindo a ajuda em casa. Os enfermeiros encorajavam os MFPC a procurarem as soluções que mais se adequavam às suas expectativas, envolvendo-os de novo quando estes se mostrassem disponíveis. A implicação dependeu da capacidade dos enfermeiros escutarem as preocupações dos MFPC e respeitarem os seus desejos e expectativas, não os pressionando, mas sim, ajudando a criar alternativas.

Os enfermeiros intervieram com os MFPC no sentido de responder às necessidades identificadas, numa lógica de identificar, diagnosticar e agir com os MFPC ao longo do processo de desenvolvimento de competências, traduzindo uma das características do paradigma da integração (Kèrouac, 1994). Esta abordagem remete para uma atitude de ajuda, englobando, segundo Abreu (2008), um conjunto de estratégias de compreensão, percepção, mas também de relação. Clare, Hofmeyer (1998) dão ênfase à participação nas tomadas de decisão relacionadas com o planeamento da alta, mas também à importância que a informação tem na identificação das dificuldades, sendo esta prévia à tomada de decisão.

Ao refletirmos os dados à luz da teoria das transições de Chick e Meleis (1986), Meleis et al. (2000) e Meleis e Schumacher (1994), emerge a consciência enquanto propriedade conceptual associada à transição, a qual traduz a consciencialização das oportunidades de desenvolvimento de mestria dos MFPC em cada um dos autocuidados em análise. A **consciencialização da necessidade** influenciou a implicação do MFPC no processo, não só ao nível da demonstração da disposição para desenvolver a competên-

cia, como também na demonstração do desejo de participar com os enfermeiros na aprendizagem dos cuidados. A consciência da necessidade nem sempre foi simultânea com a implicação do MFPC no processo. Ter consciência não é sinónimo de aceitação. A aceitação traduziu-se na demonstração da disposição do MFPC para desenvolver a competência mas, acima de tudo, na demonstração do desejo de participar com os enfermeiros, envolvendo-se, assim, no PPRC. O **envolvimento** é definido como o grau no qual o MFPC demonstra implicar-se no processo inerente à transição (Meleis et al., 2000), comprometendo-se também este com os enfermeiros.

Ao longo do internamento surgiram acontecimentos críticos associados à situação de saúde/doença da pessoa dependente, cuja primeira evidência de mudança se traduziu na falta de disposição do MFPC para desenvolver a competência. Estes foram períodos de instabilidade vivenciados pelos MFPC levando à interrupção do processo e a uma nova consciência da necessidade. A nova consciência da necessidade influenciou negativamente a disposição do MFPC para desenvolver a competência, assim como o desejo de participar com os enfermeiros. Durante a evolução da experiência de transição, foi importante os enfermeiros respeitarem os fluxos de demonstração de vontade, dando “tempo ao tempo” para que uma nova disposição de desenvolver a competência emergisse. Os indicadores processuais traduziram a adequação das terapêuticas de enfermagem que facilitaram a transição.

Salientamos como componentes importantes deste tipo de transições: **tomar consciência, aceitar o desafio e implicar-se na mudança e demonstrar mestria**. Este foi um espaço de abertura e partilha, que permitiu ao enfermeiro situar-se para orientar e ajudar o MFPC a situar-se no processo.

#### **6.2.2.3. O reconhecimento de formas diferentes de prestar os cuidados**

Os enfermeiros identificaram que os MFPC tinham conhecimentos e experiências diferentes face ao exercício do papel, pois nem todos tinham tido experiências anteriores de terem cuidado. Perceberam que os MFPC, quando observavam a prestação dos cuidados, conseguiam identificar as diferenças na forma como os cuidados eram prestados no hospital, comparativamente a casa. Associaram as diferenças a um maior esforço

físico despendido. Foi esta constatação que levou os MFPC a quererem experimentar a forma como os enfermeiros prestavam os cuidados, seguindo as suas orientações.

Os cuidados foram assim classificados de acordo com o significado da percepção da dificuldade. Existiam, portanto, cuidados designados de **difíceis** pelo esforço físico associado. Nestes estavam incluídos: *Mobilizar a pessoa acamada, Trocar os lençóis da cama da pessoa acamada, Vestir/despir, Trocar a fralda, Levantar a pessoa da cama e transferi-la para a cadeira e vice-versa, Transferir da cadeira para o sanitário* (entre outros). Os enfermeiros ajudaram os MFPC a consciencializarem-se destas formas diferentes de serem prestados os cuidados, no sentido de eles próprios se orientarem no processo de mudança, e paralelamente decidirem sobre essa mudança. Existiam, também, os cuidados **complexos**, como: *Aspirar secreções; Alimentar por SNG*; cuidados com a *Drenagem vesical* ou os cuidados *com a Ventilação não invasiva*.

A possibilidade dos enfermeiros esclarecerem dúvidas, clarificarem crenças, ideias pouco precisas em relação às formas dos cuidados poderem ser prestados, permitiu-lhes ajustar o plano de ação com cada MFPC. Ajustar-se à nova forma de prestar os cuidados foi um processo gradual, exigindo a alguns MFPC tempos diferentes de ajuste. O **ajuste** dependeu da consciência que demonstraram ter da necessidade, mas também da disposição para desenvolver as competências e do desejo de participar. Reconheciam que os contextos – hospital/casa - eram diferentes, podendo exigir um novo período de ajuste após o regresso a casa.

O facto de os enfermeiros permitirem que os MFPC permanecessem mais tempo junto das pessoas internadas, também facilitou o **envolvimento** e participação gradual destes nas diferentes aprendizagens que os cuidados exigiam. O desenvolvimento de competências nestas situações exigiu que os MFPC se **dispussem** a **reaprender** e/ou a **aprender**, a **observar** e a **experimentar**, de modo a adaptarem-se e/ou a ajustarem-se às novas formas de prestação de cuidados, até se sentirem capazes. Os enfermeiros **monitorizaram** expressões verbais e não verbais, os conhecimentos e os comportamentos que os MFPC demonstraram ao longo do processo. O PPRC possibilitou, assim, para muitos MFPC, uma consciência renovada construída a partir da reorientação que cada um de *per si* foi capaz de fazer.

“A colocar a fralda, também é diferente. Porque eu, o meu marido..., eu ou o sentava na cama e punha a fralda e depois pegava nele outra vez para o sentar em cima da fralda e o mudava, em vez de deitado, rodá-lo para pôr a fralda como eu agora já tenho feito aqui. Quer dizer, mas isso,

enquanto eu tinha que pegar nele, neste momento é só rodá-lo”...”Porque eu de facto nunca tinha visto fazer a cama assim.” (Caso 69 - MFPC 4 R. av.)

As experiências que os enfermeiros proporcionaram aos MFPC, durante o internamento, ajudaram-nos a fazer associações, ligações com experiências anteriores, possibilitando-lhes assim desenvolver um novo quadro de referências. A formação e a informação fornecida aos MFPC tinham como objetivos melhorar a autonomia funcional, tanto da pessoa cuidada como do prestador de cuidados, ficando ambos com uma percepção favorável da forma de prestar os cuidados. Os estudos provam que a formação e a informação fornecida aos MFPC são vitais na aprendizagem dos cuidados (Morano, Bravo, 2001; Wade, Gage, Owen, Trend, Grossmith, Kaye, 2003; Hébert, Lévesque, Vézina, Lavoie, Ducharme, Gendron, 2003). Também aqui estas experiências foram reconhecidas pelos MFPC e valorizadas enquanto tradução do “ser capaz”. O conhecimento que os enfermeiros revelaram dos MFPC e o modo como os integraram ao longo do PPRC traduziu uma preocupação do enfermeiro em ajudar o MFPC nas dificuldades por eles expressas, partilhando informação, formação e treino no sentido do desenvolvimento da mestria para continuarem os cuidados em casa.

Durante este processo, destacamos as ações do tipo: **Educar**, enquanto transmissão de conhecimentos, onde foram reforçados os cuidados com as medidas de proteção individual; promoção de saúde; prevenção de complicações e cuidados com terapêuticas específicas (*Ventilação não invasiva, Oxigenoterapia*, etc.); **Instruir**, enquanto fornecimento de informação sistematizada sobre todos os procedimentos técnicos; **Treinar**, enquanto desenvolvimento de capacidades, realçando-se a preocupação com os cuidados como *Posicionar, Transferir, Gerir a medicação e Higiene*.

#### 6.2.2.4. As crenças e significados atribuídos ao exercício do papel

Os enfermeiros, ao conhecerem e compreenderem o valor e o significado que os cuidados tinham para a pessoa dependente e MFPC, estavam mais aptos a promoverem a ajuda (Erickson, Tomlin e Swain, 1983), sendo este um dos aspetos que os enfermeiros passaram a aferir com maior regularidade ao longo do processo de preparação do MFPC da pessoa dependente no autocuidado. Como referem Benner e Wrubel (1989), as pessoas entram nas situações com os seus próprios conjuntos de significados, hábitos

e perspectivas que lhes permitem estar de um determinado modo. As crenças e os significados atribuídos à doença, tal como referiram Meleis e Schumacher (1994), Crist (2004) e Leininger (1991), exerceram também aqui influência no tipo de cuidados desenvolvidos e no modo como os próprios enfermeiros envolveram os MFPC no processo.

A doença oncológica tem um impacto muito negativo na dinâmica da família (Pereira, Lopes 2002), acolhendo nos MFPC uma grande receptividade no envolvimento no PPRC. Sendo um serviço de pneumologia geral, mas também oncológica, os enfermeiros, inicialmente, mostraram maior sensibilidade por envolverem os MFPC de pessoas que estavam a viver uma situação de doença oncológica, pelo impacto que a doença oncológica tinha na pessoa e no MFPC. Os enfermeiros tinham a percepção que estes MFPC se mostravam mais disponíveis, comparativamente aos MFPC das restantes pessoas dependentes. Esta atitude facilitou a interação enfermeiro-MFPC, por estes se envolverem nos cuidados.

Os enfermeiros constataram, também, que os MFPC, à medida que iam tendo consciência de que a pessoa dependente estava pior, e que se aproximava o fim da vida, ficavam muito preocupados e expressavam sentimentos de medo e ansiedade. Esta preocupação retirou-lhes, por vezes, a força anímica para darem início ou continuarem os compromissos assumidos no âmbito do PPRC, como focado anteriormente e como reflete a nota de enfermagem referente à atitude de um MFPC.

“O familiar dizia que percebia a situação, mas não estava com disposição para participar. Eles diziam porque é que eu vou aprender uma coisa se eu sei que já não vou prestar esse cuidado.”  
(E9 R. av. Final)

Esta foi uma das razões apontadas que levaram os MFPC a interromper o processo, independentemente da consciência que tinham da situação e da disposição que demonstraram ter para desenvolverem a competência. Os cuidados e a atenção que os enfermeiros dedicaram às pessoas dependentes fizeram apaziguar a inquietação dos MFPC, pela garantia de verem tudo ser feito para garantir o conforto e o alívio da dor física e do sofrimento, sendo este um fenómeno relatado no estudo de Pereira e Lopes (2002), como os cuidados que são mais difíceis de garantir em casa pelo MFPC. A atenção e o apoio dedicado pelos profissionais de saúde às pessoas dependentes contribuíram para que os MFPC os considerassem muito importantes, na medida em que os ajudaram a compreender a situação e a situarem-se na complexidade do problema que a pessoa estava a viver (Wilkes e White, 2005). Esta situação exigiu que os enfermeiros



interrompessem ou reformulassem os planos de ação, descentrando-se da preocupação com o treino de competências e centrando-se no apoio emocional aos MFPC, de acordo com a nota de enfermagem:

(Caso 212) - “Não foi preparado o MFPC devido a evolução negativa da situação do doente, foi dado apoio emocional” (26-7 -2009 E16).

Também aqui, os MFPC, e em particular os que acompanharam a pessoa em fim de vida, necessitaram de muita disponibilidade e apoio da equipa de saúde (Weir, 1999; Martins, 2000; Martín, Paúl e Roncón, 2000; Moreira, 2001), considerando Hudson, Aranda e McMurray (2002) que o enfermeiro também se deve preparar para ajudar a pessoa e o MFPC nesta etapa da vida. Nos casos em que as pessoas evoluíram para uma situação terminal, a atenção de alguns enfermeiros para com os MFPC tornou-se uma prioridade no apoio emocional fornecido. Alguns enfermeiros referiram, no entanto, dificuldades em ajudar os MFPC e a própria pessoa nos momentos que antecederam o fim da vida, justificando a necessidade de desenvolverem competências para apoio no processo de luto.

Os estudos provam que os profissionais nem sempre estão preparados, do ponto de vista técnico e científico, para cuidarem de pessoas na fase terminal da vida e também dos seus familiares (Sousa, 1995), havendo por vezes enfermeiros que desencorajavam os MFPC a não participarem nos cuidados (Cerqueira, 2005). Entendemos que “*ajudar a morrer não é apenas uma questão de unidades de cuidados paliativos*”, como alguns enfermeiros expressaram inicialmente, mas é “*...uma questão permanentemente colocada aos enfermeiros, em qualquer serviço e local de trabalho...*”, como refere Vieira (2000, p.32), o que exige que todos devem estar preparados para ajudar as pessoas a passarem por estes processos.

Apesar de alguns já terem feito formação nesta área, demonstram não ter a segurança para desenvolver as estratégias de *coping* no âmbito da gestão de emoções das pessoas (doente/família) que viveram estas situações. A necessidade de desenvolvimento deste tipo de competências foi, assim, identificada, no entanto, não foi possível incluí-la no plano de formação do serviço. A reflexão sobre esta problemática permitiu, uma atitude diferente de alguns enfermeiros para com os MFPC, embora este tipo de competências não tivesse sido desenvolvido. Estudos provam que a família é vital enquanto fonte de suporte social (Kotkamp-Mothes, Slawinsky, Hindermann e Strauss,

2005 e Baider, et al., 2004), mas também no restante apoio, por isso devem ser apoiadas.

Possibilitar que os MFPC permanecessem mais tempo junto das pessoas dependentes contribuiu para a diminuição da ansiedade, pois estes acompanhavam de perto tudo o que acontecia com a pessoa, assim como o que os profissionais faziam em função do alívio do desconforto. Estar presente para além dos horários definidos de “*visita*” permitiu a aproximação e a criação de sinergias entre enfermeiro/MFPC. Facilitou também a oportunidade de partilhar os medos e as preocupações, sentindo-se, deste modo, mais apoiados e compreendidos. Permitiu, em algumas situações, o envolvimento e participação nos cuidados, mesmo não estando estes previamente programados. Esta foi uma prática que aproximou enfermeiro-MFPC e que teve consequências positivas nas interações que se seguiram e que traduziram o *Desejo de participar*.

Os cuidados que constituíam dificuldades, e outros que não sendo expressos como dificuldades, tinham especificidades que exigiam ser aprendidas, foram passíveis de serem treinados para posteriormente os MFPC os continuarem em casa. Assim, estar presente aumentou a possibilidade de gradualmente aprenderem especificidades dos cuidados a continuarem em casa.

Os estudos provam que as pessoas em geral e, em particular, as pessoas dependentes e/ou em situação de fim de vida valorizam os cuidados de conforto (Pierce, 2000, Ferreira et al, 2007), os quais incluem, entre outros, os cuidados de *Higiene; Vestir e despir, e, Trocar a fralda*, e, de um modo geral, os que possibilitam a satisfação das necessidades de *Eliminação vesical e intestinal*, mas também os cuidados de *segurança e conforto*, decorrentes dos *Posicionamentos* e da correta manutenção da postura corporal (Ferreira et al, 2007). Constatámos que foi neste tipo de cuidados que os enfermeiros identificaram maior número de *Oportunidades* dos MFPC *desenvolverem a mestria*.

### **6.2.3. Indicadores de processo**

Segundo Meleis e Trangenstein (1994), enfermagem tem a preocupação com os processos e as experiências dos seres humanos durante o percurso de transição, no qual a saúde e a percepção do bem-estar se traduzem nos resultados/ganhos. Estes constituem

os indicadores de resposta que incluem: **sentir-se ligado, situar-se, desenvolver confiança e participar.**

A atenção dedicada aos MFPC possibilitou a ligação enfermeiros/MFPC traduzindo o clima que os MFPC designaram *de ajuda*. O clima proporcionado pelos enfermeiros permitiu a abertura para que os MFPC se situassem e reconhecessem os recursos pessoais que lhes permitiram a implicação no PPRC. Em todo o processo de preparação foi fundamental a interação desenvolvida pelos enfermeiros, ao ajudarem a expressar a satisfação, a indignação e outras emoções, tendo em conta o exercício do papel. Foram estes indicadores que conduziram a mudanças e que possibilitaram o desenvolvimento das competências dos MFPC.

#### **6.2.3.1. Facilitar a ligação e situar-se**

A ligação constituiu um padrão de resposta que os enfermeiros ajudaram a desenvolver. Este foi um processo recíproco de ligação e ajuste entre enfermeiro e MFPC, facilitado pela relação afetiva estabelecida. O processo de ligação estabeleceu-se pela vinculação enfermeiro - pessoa dependente - MFPC. A vinculação iniciou-se a partir das respostas dadas pelos enfermeiros, permitindo estabelecer a interação e aproximação do MFPC. A ligação enfermeiro – MFPC possibilitou: falar sobre a situação e/ou partilhar as preocupações; obter esclarecimentos sobre a situação da pessoa; fornecer informações; responder a dúvidas; orientar sobre o que fazer ou como fazer os diferentes cuidados, como procurar ajuda, a quem se dirigir; estar presente; ver o enfermeiro prestar cuidados; e participar com os enfermeiros durante o internamento.

A ligação enfermeiro - MFPC possibilitou fazer comparações entre o que os enfermeiros faziam no serviço e os cuidados que viram outros enfermeiros fazer em internamentos anteriores; as experiências de terem cuidado em internamentos anteriores e o que estavam a viver neste internamento. Comparavam, também, os cuidados anteriores com o que perspetivavam desenvolver aquando do regresso a casa, fazendo assim emergir dificuldades/capacidades para exercerem este papel. Para alguns MFPC, o “*vai-vém*”, decorrente dos sucessivos internamentos, permitiu-lhes fazer mais facilmente essas comparações e também identificar as diferenças e as mudanças entretanto conse-

guidas. As mudanças traduziram as diferenças entre a forma de cuidar em casa e os cuidados que passaram a executar junto dos enfermeiros no serviço.

Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher (2000) consideram ser, também, importante para a maioria das experiências de transição sentirem-se situados, embora isso possa ser mais óbvio em algumas das experiências de alguns MFPC do que em outras. Situar-se implicou, assim, para alguns MFPC, um movimento de ida e volta, partindo da experiência vivida, partilharam similaridades e/ou diferenças entre o que foram os cuidados - o que são os cuidados e o que serão os cuidados. Foram estes movimentos, entre o “*ligarem-se*” e o “*situarem-se*” que possibilitaram a consciência das mudanças no âmbito do PPRC.

#### **6.2.3.2. Desenvolver a confiança e participar**

O desenvolvimento da confiança é, segundo Meleis (1991), uma dimensão que reflete a natureza do processo de transição, e que teve impacto no modo como os enfermeiro e os MFPC estavam no processo. A relação que o enfermeiro estabeleceu com o MFPC nos primeiros contactos revestiu-se de um carácter particular, permitindo o envolvimento e posterior participação no mesmo.

Os enfermeiros criaram as condições para que a confiança se instalasse, desenvolvendo uma relação de cada vez maior proximidade. A interação, traduzida nos laços e nas ligações estabelecidas, foi central, pois foi esta que permitiu a cooperação e posterior reconhecimento da mestria. Possibilitar um clima de modo a adquirir confiança, comportou uma notável carga motivacional, uma vez que os enfermeiros colocaram em jogo os valores e a vontade de ajudar, enquanto motor das ações que se foram desenvolvendo.

Neste sentido, os enfermeiros, pela atenção dispensada, mostraram disponibilidade. Os MFPC reconheceram esta atenção pela importância e valor que também estes lhes atribuíram. A atenção para com o outro (pessoa dependente-MFPC) foi o estímulo que possibilitou a relação, genuína e espontânea, como é definida por Meleis (1991) e Kèrouac (1994). Foi o interesse demonstrado, sob a forma de disponibilidade para com o outro (MFPC), que levaram os MFPC a reconhecer no enfermeiro o profissional que promoveu a ajuda. Ao contrário do que foi expresso nas primeiras entrevistas, na fase de

diagnóstico, passou a haver um maior reconhecimento de que os enfermeiros no hospital também se preocupavam com os MFPC, ajudando-os a ficar mais aptos para continuarem os cuidados em casa. Os enfermeiros reconheceram que, com estas experiências, os MFPC se mostravam mais confiantes, tomando maior consciência das suas próprias capacidades.

Reforçar positivamente o trabalho desenvolvido pelo MFPC foi um dos estímulos desenvolvido pelos enfermeiros, predispondo os MFPC a aprender-a-aprender. Se, no início, tarefas como mudar a fralda era um processo difícil para alguns MFPC, no final passou a haver a consciência de que, afinal, apesar de difícil, eram capazes.

“Parece que já não me faz tanta confusão como inicialmente, senhora enfermeira. Mas pensei que nunca iria ser capaz de fazer isto. É diferente quando é uma criança, mesmo que já seja crescidinha. Com os meus filhos eu nunca senti estas dificuldades.” (Caso 25 - MFPC3 R. av.)

Atitudes positivas como **atenção, interesse, respeito**, entre outras, foram descritas pelos MFPC como sendo fundamentais, tendo sido estas que possibilitaram o sentimento de confiança, que permitiu a ligação com o/os enfermeiros. Estas atitudes ajudaram a criar sentimentos positivos, que se tornaram essenciais nos momentos de interação, como referiu um dos enfermeiros:

“A partir do momento que conversamos, que se preocupam, que perguntam se temos dúvidas, que estão connosco a mostrar como fazer, que dizem “*telefone se tiver dúvidas*”, criamos uma amizade...eu sei lá, sentimo-nos bem, sabe, apoiados.” (Caso 313 - MFPC 5 av.)

Alguns MFPC foram ajudados a criar o dinamismo interno que os motivou a procurar os recursos externos necessários à continuidade dos cuidados em casa.

30-6-2009 - Hoje em dia também orientamos cada vez mais o MFPC a procurar recursos e a falar com a assistente social. Antigamente só aqueles “casos sociais” é que orientávamos para a assistente social. E8

A confiança teve influência em vários fenómenos, tais como a comunicação, a relação, a motivação, predispondo os MFPC a envolverem-se de um modo pró-ativo e participativo ao longo do internamento.

30-6-2009 - Quando o MFPC compreende e sente necessidade de ter uma determinada atitude, procura constantemente mantê-la no seu modo de cuidar, crescendo num processo harmonioso de aprendizagem. E8

#### 6.2.4. Indicadores de resultado

Preparar o MFPC para regressar com a pessoa dependente a casa exigiu dos enfermeiros a capacidade de decidir sobre as terapêuticas de enfermagem que melhor se adequaram a cada uma das situações de cuidados.

##### 6.2.4.1. Desenvolvimento da mestria

A partir da dependência demonstrada pela pessoa nos diferentes tipos de autocuidado, os enfermeiros avaliaram a competência do MFPC, partindo da percepção de “*já não consegue*”. A competência representou, por um lado, a auto-percepção do MFPC, ao reconhecer que *é capaz*, mas também o juízo elaborado pelo enfermeiro referente ao reconhecimento do *ser capaz* (Quadro 18).

“Pelo que dizem e pelo que vemos, verificamos que é capaz. (E9 R. av. Final)”

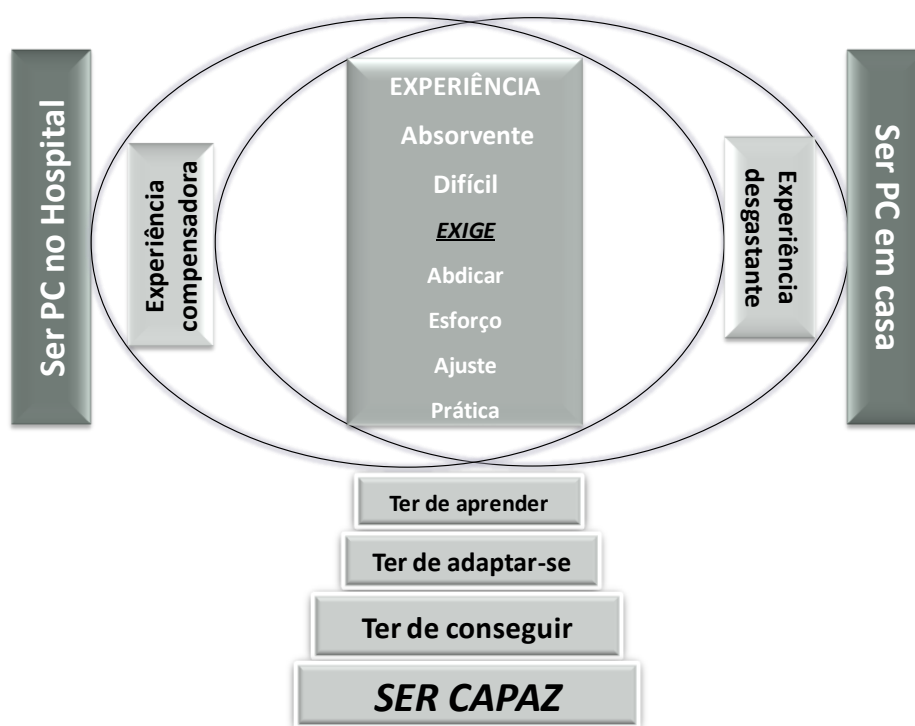
A competência do prestador de cuidados, tal como a definem Pearlin e colaboradores, é a percepção da adequação do desempenho do indivíduo enquanto prestador de cuidados. Esta representa o que foi aprendido para lidar com uma situação e revela a auto-confiança, traduzida no *ser capaz* (Pearlin, Mullan, Semple e Skaff, 1990). Lawton, Kleban, Moss, Rovine e Glicksman (1989) defendem que os cuidadores desenvolvem um sentimento de competência no papel de prestador de cuidados, definindo-o de “controlo na prestação de cuidados”. A utilização do termo controlo, como referência a um componente global do autoconceito, é utilizado pela primeira vez por Pearlin e colaboradores, que definem controlo como o domínio sentido pelas pessoas no que respeita à sua capacidade de agir sobre forças importantes que afetam a sua vida (Pearlin e Schooler, 1978; Pearlin, Mullan, Semple e Skaff, 1990). O controlo traduz uma visão positiva da capacidade e do comportamento do indivíduo, durante o processo de prestação de cuidados (Lawton, Kleban, Moss, Rovine e Glicksman, 1989). É relativo a uma avaliação global da forma como o próprio executa a prestação dos cuidados no seu todo, enquanto a autoeficácia é relativa à percepção do prestador de cuidados, mas também à forma como executa tarefas e resolve problemas específicos da prestação de cuidados (Schumacher, Stewart e Archbold, 1998).

Segundo a Teoria Social Cognitiva de Bandura (1997), os comportamentos são aprendidos e modificados pelas interações sociais. Foram estas situações que possibilitaram que os MFPC fossem capazes de se autoavaliar e de determinarem as suas ações. O juízo acerca da capacidade de cada um executar os diferentes procedimentos representa, segundo Bandura, a autoeficácia. A autoeficácia, tal como refere Bandura (1986), é definida como as crenças relativas às capacidades pessoais para se realizar com sucesso um determinado comportamento. Considera ainda que as crenças influenciam o modo como as pessoas pensam, sentem, se motivam a si próprias e agem. A auto-eficácia refere-se às crenças pessoais sobre as capacidades para mobilizar a motivação, os recursos cognitivos e os recursos de ação, necessários para exercer o controlo sobre os acontecimentos ao longo da vida (Bandura e Wood, 1989). A autoeficácia traduz, assim, a perceção sobre a mestria enquanto sentimento individual de controlo ou o juízo acerca das capacidades individuais. Estas capacidades foram essenciais na trajetória vivida pelos MFPC, na medida em que permitiram confrontarem-se com novas perceções de si próprios, da situação e das suas capacidades e possibilidades.

Os enfermeiros estiveram na posição de avaliar os conhecimentos e as capacidades dos MFPC nas situações particulares de prestação de cuidados, como referem Schumacher, Stewart e Archbold (1998). Os juízos formulados pelos enfermeiros resultaram da avaliação que fizeram, decorrente dos conhecimentos que os MFPC também revelaram ter para resolver os problemas, mas também dos comportamentos que observaram enquanto adequação da ação. Os enfermeiros fizeram a avaliação com base no conhecimento que tinham sobre o conhecimento que o MFPC tinha da situação e das suas capacidades e possibilidades. O conhecimento refletiu-se num comportamento que traduziu o desenvolvimento da competência, permitindo elaborar um juízo inicial. Foi essa avaliação que determinou a direção da mudança a implementar com o MFPC, que se traduziu no juízo: manteve, melhorou ou mudou. O reconhecimento da capacidade deve ser assim validado continuamente pelo enfermeiro, pois a falta de conhecimentos indica, segundo Schumacher, Stewart e Archbold (1998), falta de competência.

Apesar de, na fase diagnóstica, os MFPC terem revelado que a experiência de cuidar era uma experiência difícil, emergiram ao longo do processo sentimentos que traduziram a vontade de **ter de aprender, ter de se adaptar e ter de conseguir** de modo **a ser capaz** (Diagrama 24), constituindo estes os padrões de resposta.

**Diagrama 24 – Da vontade expressa à capacidade de *Ser capaz***



A vontade de cuidar e o dever de *estar preparado* para cuidar foram atitudes que os enfermeiros reconheceram como predispondo os MFPC para a aprendizagem deste tipo de cuidados. O dever de apoiar a pessoa dependente no autocuidado, nesta fase crítica da vida, foi um sentimento que traduz a responsabilidade do MFPC pelo compromisso assumido, implicando-se assim com o enfermeiro no processo. Culturalmente, existe a obrigação moral dos membros da família cuidarem dos seus parentes dependentes, tornando-se por vezes difícil renunciar a esta responsabilidade.

Os resultados deste estudo sugerem que a mestria dos MFPC resultou da reunião das competências adquiridas em experiências anteriores ao cuidarem da pessoa ou de outros familiares, mas também do que aprenderam e experienciaram durante o internamento. **Permitir** participar durante o internamento fez emergir o conceito: *a “prática é a grande mestra”*, sendo esta que proporcionou a segurança do MFPC para continuar os cuidados em casa.

Participar com os enfermeiros nos cuidados permitiu identificar dificuldades, despertando para potencialidades, ao serem estimuladas novas habilidades. À medida que, ao longo do internamento, os MFPC experienciaram um novo sentido de



estabilidade, os enfermeiros **reconheceram os ganhos no âmbito deste processo**, pelas competências demonstradas pelos MFPC.

“Eu sinto que tem sido muito, muito, muito, muito bom para mim terem-me permitido estar aqui este tempo e estar a assistir a tudo isso e ver a maneira como as coisas são feitas.”... “A partir do momento que conversamos, que se preocupam, que perguntam se temos dúvidas, que estão conosco a mostrar como fazer, que dizem "telefone se tiver dúvidas", criamos uma amizade...eu sei lá, sinto-me bem, sabe, apoiada.” (Caso 69 - MFPC 4av.)

Estes ganhos permitiram que o enfermeiro, partindo da dependência da pessoa nos autocuidados:

- Identificasse as vulnerabilidades do MFPC;
- Envolvesse o MFPC nas diferentes etapas do processo;
- Interpretasse as mudanças no modo como os MFPC
  - Se implicaram no processo;
  - Demonstraram conhecimentos acerca da forma de prestar os cuidados e dos recursos necessários e como lhes aceder;
  - Demonstraram conhecimentos de modo a prevenir as situações de risco;
  - Demonstraram a mestria para continuar os cuidados após o regresso a casa.

Estes ganhos podem restituir de algum modo o poder social aos MFPC, ao reconhecerem o conhecimento e as capacidades para exercerem o papel de prestadores de cuidados.

O plano **facilitou** uma maior interação entre pessoa dependente/MFPC/enfermeiro durante o internamento, sendo criada uma estrutura mais conducente ao envolvimento dos MFPC nos cuidados. A satisfação dos MFPC traduziu o reconhecimento da atenção dos enfermeiros pela oportunidade de desenvolverem as competências.

No entanto, Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher (2000) consideram que em todas as transições existe um elemento de subjetividade na obtenção de um sentido equilibrado da própria vida. Nem sempre foi possível identificar este equilíbrio, durante o internamento. Os níveis em que estes resultados foram vividos refletiram a qualidade de vida, para quem estava a experienciar a transição. A determinação de quando a transição se encontrava completa dependeu da flexibilidade e variabilidade do tipo de mudança, ou do conhecimento que deu início ao processo vivido. A experiência de transição tem sido caracterizada como resultando numa identidade reformulada. Esta identidade traduziu-se no reconhecimento de *SER CAPAZ*.

Os enfermeiros ajudaram os MFPC a participar ativamente no processo de mudança, implicando-os, de modo a desenvolverem ações que suportaram as diferentes etapas do PPRC. Os enfermeiros revelaram ser capazes de identificar, partilhar, equacionar diferentes soluções, refletir sobre diferentes estratégias e modos de ajudarem os MFPC. As mudanças que implementaram tiveram como consequências o desenvolvimento de competências nas diferentes etapas do processo de preparar o regresso a casa: Identificar Oportunidades de desenvolvimento; Consciência da necessidade; Disposição para desenvolverem a competência; Desejo de participar e Demonstração de competência.

### 6.3. SÍNTESE

A função meramente técnica e nem sempre profissionalizada de algumas práticas de enfermagem converte, por vezes, os enfermeiros em meros executores de procedimentos técnicos, cuja finalidade das ações escapa, frequentemente, ao seu próprio conhecimento e controlo. O modo de pensar e de agir criou, ao longo dos tempos, uma certa inércia no próprio processo de preparação dos MFPC. A orientação meramente técnica da função do enfermeiro distorce, algumas vezes, o valor social da própria prática de enfermagem, reduzindo a função do enfermeiro a atos que se orientam em sequências mecânicas de fazer ou não fazer e que se traduzem nas rotinas que integram as normas de um serviço.

A representação inicial dos MFPC, face ao agir dos enfermeiros no processo de ajuda, era de que estes dependiam do que consideravam ser *“mandatado pelo médico”*. Os MFPC entendiam ser o médico que determinava o tipo de ajuda que os enfermeiros deveriam prestar ao MFPC no momento da alta clínica. A ajuda dependia do que os médicos determinassem ser a necessidade de cuidados em casa. As expectativas que os MFPC tinham da ajuda profissional centraram-se em orientações (delegadas pelo médico ao enfermeiro) sobre as terapêuticas a fazer em casa. Os enfermeiros faziam depender a preparação do regresso a casa de questões colocadas pelos MFPC, ou de informações que dependiam do médico, como a data de alta e o tipo de terapêuticas a continuar em casa. Justificavam os seus comportamentos na falta de informação entre o médico e

o enfermeiro no momento da alta. Esta atitude era percebida pelos MFPC que não elegiam os enfermeiros como profissionais promotores da ajuda.

Facilitar a compreensão e a reconstrução de uma nova forma de repensar a preparação do regresso a casa foi, sem dúvida, um passo importante, pois esta permitiu reequacionar o modo como os enfermeiros passaram a agir e a posicionar-se, neste contexto, com os MFPC e restantes membros da equipa (Quadro 18).

**Quadro 18 – Síntese das diferenças entre o antes e o depois da mudança**

ANTES	DURANTE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de um PPRC</li> <li>• Ausência de um processo sistemático de identificação, envolvimento e preparação do MFPC</li> <li>• Não é identificada a dependência do cliente para o autocuidado</li> <li>• Enfermeiros fazem inferência acerca de quem é o MFPC</li> <li>• Enfermeiros fazem inferência sobre os cuidados que os MFPC sabem ou não fazer</li> <li>• Falta de comunicação na equipa de enfermagem e interdisciplinar</li> <li>• Falta de informação oral e escrita acerca das decisões e das ações desenvolvidas com os MFPC</li> <li>• O encaminhamento para a assistente social ocorria geralmente no momento da alta</li> <li>• Envio de carta de alta em algumas pessoas dependentes</li> <li>• MFPC referiram défices de conhecimentos na: prevenção de aspiração; posicionar/virar; transferência; prevenção da maceração; regime medicamentoso; assistir na alimentação; assistir na alimentação por SNG; assistir na higiene; assistir no levante; recursos de apoio na comunidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PPRC</li> <li>• Processo sistemático de identificação, envolvimento e preparação do MFPC</li> <li>• Criação de um IADMFCP</li> <li>• Avalia a dependência da pessoa dependente nos autocuidados</li> <li>• Identifica MFPC</li> <li>• Identifica a oportunidade de desenvolvimento;</li> <li>• Identifica a consciência da necessidade;</li> <li>• Identifica a disposição para desenvolver a competência;</li> <li>• Identifica o desejo de participar;</li> <li>• Avalia a mestria</li> <li>• Envolve o MFPC precocemente no processo de preparação do regresso a casa</li> <li>• Possibilita a presença do MFPC para além da hora das refeições e de “visita”</li> <li>• Encaminha o MFPC para o apoio da assistente social,</li> <li>• Articula com os médicos, de modo a conhecer previsão da data alta, terapêuticas prescritas</li> <li>• Comunica a informação na equipa de enfermagem, de modo a promover a continuidade dos cuidados</li> <li>• Faz carta de alta</li> <li>• Encaminha a pessoa dependente de continuidade de cuidados de enfermagem para a equipa de gestão de altas</li> </ul>

Esta estrutura permitiu aos MFPC atribuírem um significado diferente ao trabalho desenvolvido pelos enfermeiros. A ajuda passou a não estar exclusivamente dependente do que os médicos determinavam ser os cuidados necessários. Passou a ficar mais claro que os enfermeiros eram agentes promotores da ajuda, pois possibilitavam a informa-

ção, o encontrar de estratégias e o mobilizar de recursos com vista à continuidade dos cuidados em casa.

Os enfermeiros, com base nas necessidades das pessoas dependentes no autocuidado, ajudaram os MFPC a partilharem a necessidade de apoio nos cuidados e/ou necessidades de apoio social, fazendo os encaminhamentos respetivos.

Passou a haver uma maior articulação, entre médico-enfermeiro-assistente social. A articulação consistiu no trabalho de cooperação, no sentido de, em conjunto, poderem antever a necessidade da continuidade de cuidados, de terapêuticas e recursos, de modo à tomada de decisão, como referem Boyle e Kochind (2004). Apesar da comunicação e da coordenação do trabalho na equipa ter melhorado, existem alguns aspetos que devem ser aperfeiçoados.

Qualquer prática colaborativa necessita de um clima de confiança entre todos e, em particular, entre os profissionais de saúde (Kèrouac, 1994). Este clima só foi possível pelo empenho demonstrado na adesão ao processo. A prática colaborativa exigiu a clarificação do papel de cada um nesse processo. No entanto, apesar de, mesmo na equipa de enfermagem se terem explicitado as funções de cada um no processo, nem sempre se conseguiu a implicação de todos. A prática colaborativa exige um trabalho de equipa e de continuidade, sendo esse trabalho que todos os profissionais devem continuar a desenvolver. A hipótese de transferência da Unidade de Oncologia e as mudanças que ocorreram no serviço podem ter estado na base da diminuição do envolvimento dos diferentes profissionais.

Apesar de não ter sido totalmente possível introduzir a figura do enfermeiro de referência, que acompanhasse a pessoa e o MFPC ao longo do internamento, entendemos que os enfermeiros coordenadores tiveram uma importância vital na continuidade do processo, sensibilizando os enfermeiros de modo a que este não fosse interrompido.

Estudos fazem eco da importância que a utilização de um coordenador tem neste processo (Houghton, Bowling, Clark, Hopkins e Jones, 1996), não só porque permite melhorar a comunicação entre todas as partes envolvidas nos cuidados às pessoas (Bull, Hansen, Gross, 2000), mas também porque permite supervisionar as pessoas durante a hospitalização (Grow, Berg, Smith e Ross, 1999), avaliando as necessidades, identificando os problemas, comunicando com os diferentes elementos da equipa e familiares e,

quando necessário, fazendo a referência dos mesmos e dos MFPC para a equipa de gestão de altas.

Neste caso específico, o coordenador funcionou como o elemento que na equipa promoveu a ligação entre os enfermeiros do serviço e os MFPC, tendo assumido funções de orientação dos enfermeiros: no planeamento e implementação do plano de regresso a casa; na promoção da articulação com a equipa de gestão de altas; na partilha de informação na equipa; na elaboração dos registos (instrumento de avaliação inicial de enfermagem; e, no instrumento de avaliação das dificuldades do MFPC; registos em notas de evolução), assumindo também a responsabilidade de planear, implementar e avaliar o plano de preparação do regresso a casa dos MFPC das pessoas dependentes no autocuidado, a quem prestaram diretamente cuidados.

A preparação do regresso a casa, sendo um processo dinâmico, resultou da interação mútua entre os traços pessoais e coletivos dos enfermeiros, mas também do modo como os cuidados se encontravam organizados no serviço. Os traços individuais determinaram as competências individuais para o desempenho da função.

Como refere Kramer e Schmalenberg (1993), o poder e a autonomia do enfermeiro dependem da competência que cada um tem no desempenho da sua função. O poder pode ser mantido através do conhecimento e do desenvolvimento do que foi adquirido através da educação. A competência do enfermeiro determinou o processo de mudança. O Quadro que se segue sintetiza as mudanças que ocorreram desde a fase inicial.

Contributos da mudança:

- Aumento da consciência sobre e da participação dos enfermeiros no PPRC (Chen, Wang, 1997),

“Fazer todo este processo ..., acho que agora temos mais consciência quando o estamos a fazer.”  
(E4 av. Final)

- Aumento da comunicação na equipa de enfermagem,

“Eu posso falar, é assim a nível de passagem de turno, eu notei alguma diferença. Portanto há intercomunicação entre os diferentes elementos...É passado na passagem de turno oralmente. Isso é algo que passamos a dar mais importância. (E21 av. Final).

- O encaminhamento da pessoa dependente no autocuidado e MFPC e maior articulação na equipa interdisciplinar,

“...incentivo à participação da família que muitas vezes ficava para trás antes do projeto” (E8 av. Final)

“Eu acho que também por parte das pessoas, da equipa de gestão de altas também houve outra dinâmica. No sentido em que agora há uma folha que preenchemos. Antes era só uma folha para

os que iam para os cuidados continuados. Agora não, quando é referenciado para o Centro de Saúde também temos de preencher essa folha. Mas também agora há outro acompanhamento”...”Em parte, o contacto com a assistente social acho que se mantém. (...) Tem vindo validar connosco as necessidades, não somos só nós a procurá-la, ela também vem ter connosco. Nesses dois aspetos, não só da equipa da gestão de altas, mas também da assistente social verifica-se uma melhoria.” (E4 av. Final)

“Esta assistente social é mais presente. Todas as manhãs anda aqui a analisar os processos. Ela mudou, temos uma nova desde que o serviço foi reestruturado, embora ela seja um bocadinho menos comunicativa mas está sempre presente. E sempre que a gente a aborda está sempre disponível.” (E21 av. Final).

### Quadro 19 – Contributos da mudança

MUDANÇA
<p><u>Perceção das mudanças</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumenta a participação dos enfermeiros no PPRC</li> <li>• Aumenta a comunicação na equipa</li> <li>• Maior articulação na equipa interdisciplinar</li> <li>• Maior consciência da dependência nos autocuidados</li> <li>• Aumenta o número de ações documentadas que suportam a oportunidade de desenvolvimento</li> <li>• Aumenta o número de ações que suportam a consciência da necessidade</li> <li>• Aumenta o número de de ações documentadas que suportam a disposição para desenvolver a competência</li> <li>• Aumenta o número de ações documentadas que suportam o desejo de participar</li> <li>• Aumentam o número de ações documentadas que suportam a demonstração da mestria</li> <li>• Aumenta o número de de ações documentadas que traduzem o encaminhamento para a assistente social</li> <li>• Aumenta o número de ações que traduzem o encaminhamento para a equipa de gestão de altas</li> <li>• Maior consciência do processo de tomada de decisão em enfermagem no âmbito do PRC</li> <li>• Possibilita a continuidade do processo terapêutico pelo MFPC</li> <li>• Facilita a consciência da necessidade/dificuldade dos MFPC</li> <li>• Antecipa a perceção das dificuldades do MFPC</li> <li>• Promove o desenvolvimento de competências do MFPC</li> </ul> <p><u>Perceção de benefícios</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MFPC reconhecem nos enfermeiros um recurso disponível</li> <li>• Sentem maior ligação aos enfermeiros</li> <li>• Sentem-se mais situados face à situação da pessoa dependente, consciência das fragilidades/potencialidade</li> <li>• Sentem confiança</li> <li>• Sentem segurança</li> <li>• Reconhecem o desenvolvimento de competências para lidar com a situação, no que consideram ser as novas formas de cuidar a pessoa dependente</li> </ul>

- Aumento da proatividade dos enfermeiros na identificação e ajuda para resolução dos problemas vivenciados pelos MFPC,

Quando há a passagem de turno referente a um tipo de doente fala-se das necessidades dos familiares e envolve-se a família antes da alta. (E21 av. Final).

- Aumento do processo da tomada de decisão em enfermagem no âmbito do PPRC (Chen e Wang, 1997),

Há uma maior intervenção da parte de enfermagem. A identificação das necessidades logo de início. O envolvimento da família. O planejar as intervenções. O capacitar o familiar. (E1 av. Final).

- Facilita a continuidade do processo terapêutico (Chen e Wang, 1997),

Não nos limitamos a partilhar a informação mas a desenvolver os compromissos que assumimos. Eu acho que está um processo mais dinâmico. (E1 av. Final).

- Facilita a consciência da necessidade/dificuldade dos MFPC através da informação proporcionada, com o objetivo de melhorar os cuidados prestados, prevenir lesões e reduzir o stress e proporcionar opções de escolha (apoio) para que, em momentos de dificuldade, o MFPC pudesse recorrer à ajuda necessária (Pera, 2000),

Foi este despertar da nossa consciência para envolver a família, nós aprendemos que deve haver o envolvimento da família, mas nós por vezes não sabíamos o que fazer como havíamos de avaliar e o que avaliar. Em termos de avaliação e de planeamento e depois de execução conseguimos aprender muito. E mesmo agora nós conseguimos fazer isso. (E4 av. Final)

- Promove o desenvolvimento de competências do MFPC através da formação de formas diferentes de promoverem os cuidados (Pera, 2000),

Esta parte das competências do MFPC, o facto de nós podermos avaliar a competência do cliente e só depois desenvolver a competência ou não do MFPC, eu penso que isso nos facilitou o trabalho. (E4 av. Final).

- Os MFPC reconhecem os enfermeiros como uma das fontes de ajuda, ao revelarem sentimentos de ligação, ao mostrarem-se situados face ao exercício do papel e ao reconhecerem competências para lidarem com a situação.
- A ação do enfermeiro no âmbito do processo constitui-se como uma estrutura conceptual, orientadora do processo de preparar o MFPC para regressar a casa com a pessoa dependente no autocuidado.
- O PPRC enfatiza a necessidade da ação do enfermeiro ter por base um modelo que possibilite a identificação, o planeamento, a execução e avaliação das capacidades dos MFPC para o exercício do papel.
- A partir do modelo, é possível a documentação dos diagnósticos mais frequentes no âmbito do processo de desenvolvimento de competência dos MFPC, assim como os dados avaliativos que tornaram visível o processo de tomada de decisão dos enfermeiros.

- A partir da operacionalização do modelo, é possível confrontar a congruência entre as ações documentadas pelos enfermeiros e os resultados a nível do desenvolvimento de competência dos MFPC.

Sabemos que a mudança é um processo turbulento, para o qual concorrem múltiplos fatores destabilizadores. No entanto, a reflexão e o envolvimento de cada um dos enfermeiros nesta mudança permitiu superar aquelas que foram as principais adversidades. A expressão de algumas dificuldades apresentadas pelos enfermeiros, como dificultando o PPRC, permitiram apontar novas estratégias, que ajudaram a superar algumas das dificuldades ao longo do processo de implementação. Esta foi a primeira etapa de um trabalho complexo, que estamos crentes vai continuar a ser melhorado, assim os implicados o queiram continuar.

#### 6.4. OBRAS CITADAS

Abreu, W. C. (2008). *Transições e contextos multiculturais. Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra. Formasau

Access Economics (2010) *The economic value of informal care in 2010*, Report for Carers. Australia, October.

Amendoeira, J. (1994). *A influência do processo de cuidar, na orientação de alunos em ensino clínico, na perspetiva dos docentes de enfermagem*. Dissertação apresentada na ESEMFR, no âmbito do 4o C.P.A.E., Lisboa.

Azevedo, P.M,D.S. (2010). *Partilha de informação de enfermagem sobre prestadores de cuidados: dimensão relevante para a transição de cuidados*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto, Portugal

Baider L, Andritsch E, Goldzweig G, Uziely, B., Ever-Hadani, P., Hofman, G., Krenn, G., & Samonigg, H. (2004). Changes in psychological distress of women with breast cancer in long-term remission and their husbands. *Psychosomatics*, 45, 58–68;

Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: the exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.

Bandura, M.L. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Clinical and Social Psychology*, 4, 359-373.

Bandura, M.L. e Wood, R.E. (1989). Effect of perceived controllability and performance standards on self-regulation of complex decision-making. *Journal of Personality and Social Psychology*. 56, 805-814.



- Bello, A. H. (2009). El trabajo non remunerado de cuidado de la salud: naturalización e inequidad. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, Bogotá (Colombia), 8 (17), p.173-185
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra. Quarteto Editora.
- Bonet, I. Ú. (2009). *Calidad de vida de los cuidadores familiares: evaluación mediante un cuestionario*. Programa de Doctorado de Ciências Enfermeras. Escuela de Enfermería de la Universitat de Barcelona
- Bover, A. B. (2004). *Cuidadores informales de la salud del âmbito domiciliário: percepciones y estratégias de cuidado ligadas ao género e la generation*. Palma de Mallorca. Universitat de les Illes Balleares. Tese doutoramento.
- Boyle, D.K. e Kochinda, C. (2004) - Enhancing collaborative communication of nurse and physician leadership in two intensive care units. *Journal of Nursing Administration*, 34 (2), 60-70.
- Bris, H. J. (1994). *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*: Lisboa. Conselho Económico e Social.
- Bull, M.J., Hansen, H.E. e Gross, C.R. (2000). Predictors of older and family caregiver satisfaction with discharge planning. *Journal of Cardiovascular Nursing*. April 14, 76-87.
- Carpentier, N; Ducharme, F. (2005). Support network transformations in the first stages of caregiver's career. *Qualitative Health Research*, 15 (3), 289-311
- Cequeira, M. M. (2005). *O cuidador e o doente paliativo. Análise das necessidades/dificuldades do cuidador para o cuidar do doente paliativo no domicílio*. Coimbra: Formasau
- Chappel, N. L. (1991). Living arrangements and sources of caregiving. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 46, S 1-8.
- Chen, C.Y. e Wang, C. (1997). Executive report on the program of the discharge plan for chronically ill patients, *Journal of VGH Nursing*, 14(2), 210-217.
- Chick, N. e Meleis, A.I. (1986). Transition a nursing concern. In: Chinn P.L., ed *Nursing Research - Methodology, issues and implementation*. Rockville, Maryland Aspen, 237-257
- Clare, J. e Hofmeyer, A. (1998). Discharge planning and continuity of care for aged people: indicators of satisfaction and implications for practice. *Journal of Advanced Nursing*. 16 (1), 17-13
- Collière, M. F. (1989) - Promover a vida. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Lisboa, 385
- Conselho Internacional de Enfermagem (2005) – CIPE versão 1: *classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Costa, J.S. (1999). *Método e percepção de cuidar em enfermagem*. Tese de Mestrado Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto

Council of Europe Resolution Resap (2003). *3 on food and nutritional care in hospitals*. Disponível em: <https://wcm.coe.int/rsi/CM/index.jsp> - acessado a 1 de Maio de 2009.

Crist, J. D. (2004) The meaning for elders of receiving family care. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (5), 485-493.

De la Cuesta, B. C. (2006). Aquí cuidamos todos: assunto de individualidad versus colectividad en un estudio sobre cuidados en la casa de pacientes con demência avanzada. *Forum Qualitative Social Research* 2006 Disponível on-line em: <http://www.qualitative-research.net/fgs-s.htm> acessado em 12-2-2010

Dinis, C. M. R. (1997) – *Envelhecimento e qualidade de vida no concelho de Faro*. Coimbra Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina

Family Caregiver Alliance (2006). *Caregiver Assessment: Principles, Guidelines and Strategies for Change*. Report from a National Consensus Development Conference (Vol. I). San Francisco: Author.

Ferreira, L et al. (2007). *Só acredito em Deus e em vocês. In Aprendendo o cuidado de enfermagem: Entre a prática e a escrita a construção da competência clínica*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende

Ferreira, S. (2002) *O prestador informal de cuidados à pessoa idosa alvo de apoio domiciliário integrado. Uma análise exploratória como suporte à garantia da efectividade de um programa de promoção de saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Monografia elaborada no âmbito da dissertação apresentada para obtenção de grau de mestre do Curso de Mestrado em Saúde Pública. Lisboa, Portugal

Gil, A.P.M. (2007) – *Heróis do quotidiano. Dinâmicas familiares na dependência*. Tese de doutoramento. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Lisboa. Portugal

Grow, P., Berg, S.; Smith d. e Ross D. (1999). Care co-ordination improves quality-of-care at South Auckland Health. *Journal Quality of Clinical Practctice*. 19(2), 107-110

Hébert, R. et al. (2003). Efficacy of a psychoeducative group program for caregivers of demented persons living at home: a randomized controlled trial. *The Journals of Gerontology; Series B; Psychological sciences and social. Sciences*. Québec. 58 (1), S 58-67.

Houghton, A., Bowling, A., Clark, K.D.; Hopkins, A.P.; e Jones I. (1996). Does a dedicated discharge coordinator improve the quality of Hospital discharge? *Journal of Quality Health Care*. 5 (2), 89-96

Hudson, P., Aranda, S. e Mc Murray, N. (2002). Intervention development for enhanced lay palliative caregiver support – the use of focus groups. *European Journal of Cancer Care*. 11 (4) 262-270

Kanter, R.M. (1993). *Men and Women of the Corporation*. New York: Basic ooks

- Kèrouac, S. (1994). *La pensée infirmière. Conceptions et stratégies*. Québec. Maloine. Éditions Études Vivantes
- Kotkamp-Mothes, N., Slawinsky, D., Hindermann, S., e Strauss, B. (2005). Coping and psychological well being in families of elderly cancer patients. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 55, 213–229
- Kramer M. e Schmalenberg, C. (1997). *Path to biculturalism*, Wakefield, (MA). Contemporary Publishing INC.
- Lage, M. I. G. S. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacte do cuidado no prestador de cuidados*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto
- Lawton, Kleban, Moss, Rovine e Glicksman (1989). Measuring caregiving appraisal. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 44, 61-71
- Leininger, M. (1991). *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing, 1991, 160 p.
- Lopes, J. M. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra. Formasau.
- Manley, K. (1989). *Primary Nursing in Intensive Care*. Harrow: Scurati Press.
- Maramba, P. J., RichardS, S. e Larrabee, J.H. (2004). Discharge planning process. Applying a model for evidence-based practice. *Journal of Nursing Care Quality*. 19 (2) 123-129.
- Martín, I., Paúl, C. e Roncón, J. (2000). *Estudo de adaptação e validação da Escala de Avaliação do Cuidado Informal*. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 1 (1), 3-9.
- Martins, C. R. E. A. (2000) – As necessidades dos familiares dos doentes oncológicos. *Revista Enfermagem Oncológica*
- Martins, T., Ribeiro, J. P. e Garrett, C. (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde e Doença*. 4 (1) p. 131-148
- Meleis A.I. (1991). *Theoretical nursing development and progress*. 2ª ed, Philadelphia J B Lippincott
- Meleis A.I. e Trangenstein, P.A. (1994) - Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. 42 (6), 255-259.
- Meleis A.I., Sawyer, L.M., Im, E.O., Messias, A.K.H. e Schumacher K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle range theory. *Advanced Nursing Science*. 23 (1), 12-28.
- Morano, CL e Bravo, M. (2001) – A Psycho educational Model for Hispanic Alzheimer's Disease Caregivers. *The Gerontologist* 2002; 42(1), 122-126.

- Moreira, I. (2001). *O Doente Terminal em Contexto Familiar: Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra: FORMASAU
- Morse, J.M., Anderson, G. e Bottorff, J.L. (1992) - *Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice?* *Journal of Nursing Scholarship*. 24 (4), 273-280.
- Neno, R. (2004). Spouse caregivers and the support they receive: a literature review. *Nursing older people*, 16, p. 14-16.
- Parse, R.R. (1992). Human becoming: Parse's theory of nursing. *Nursing Science Quarterly*, 5, 35-42
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina
- Pearlin, L. I. e Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. e Skaff, M.M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30, 583-594.
- Pera, I.P. (2000). El cuidador Familiar. Una Revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. *Revista de Enfermería y Humanidades*. Ed. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.
- Pereira, F. M. S. (2007) – *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem*. Tese de doutoramento Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto. Portugal.
- Pereira, M. G e Lopes C. (2002). *O doente oncológico e a sua família* – 1ª edição, Lisboa, Climepsi Editores
- Pierce, S. (2000). Para melhor Cuidar dos doentes no fim da vida: Colheita de sugestões dos familiares: *Servir* 48, (4). 193-202
- Roach, S.M.S.(1993). *The human act of caring: a blueprint for the health professions*. Ottawa: Canadian Hospital Associations.
- Santos, P. A. (2005). *O familiar cuidador em ambiente domiciliário. Sobrecarga física, emocional e social*. Monografia elaborada no âmbito da dissertação apresentada para obtenção de grau de mestre do Curso de Mestrado em Saúde Pública Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa. Portugal.
- Schumacher, K. L., Stewart B. J.e Archbold P. G. (1998). Conceptualization and measurement of doing family caregiving well. *Journal of Nursing Scholarship*, 30 (1), 63-69
- Silva, A.A.P. (2001) - *Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Tese de doutoramento Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto. Portugal

Sousa, P. A (1995). *As representações da morte no ensino de enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto, Portugal

Sousa, P.A.F. (2005) - *O sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo*. Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, tese de doutoramento

Úbeda I., Roca M. e García V.L. (1997). Presente y futuro de los cuidados informales. *Enfermería Clínica*; 8(3), 116-120

Vieira, M. (2000) - *Sobre as Teorias Éticas*. Texto de apoio da disciplina: Ética e Deontologia Profissional da Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição.

Vieira, M. (2008). Ser enfermeiro. *Da compaixão à proficiência*. 2º ed. Lisboa. Universidade Católica. Editora Campus do saber, 16

Wade, D.T., Gage, H, Owen C., Trend, P., Grossmith C. e Kaye J. (2003) - Multidisciplinary rehabilitation for people with Parkinson's disease: a randomized controlled study. *Journal Neurol Neurosurg Psychiatry*; 74: 158-162.

Watson, J. (1985). *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boulder co: Colorado Associated University Press, 23-35

Watson, J. (1988). *Nursing: human science and human care. A theory of nursing*. New York, National league of Nursing, nº15-223

Weir, V. e Clark (1999). *The experiences of caregivers as care receivers while caring at home for family members who are terminally ill*. M.S.N. Dissertation, D'Youville College, United State – New York. ProQuest Nursing e Allied Health Source database

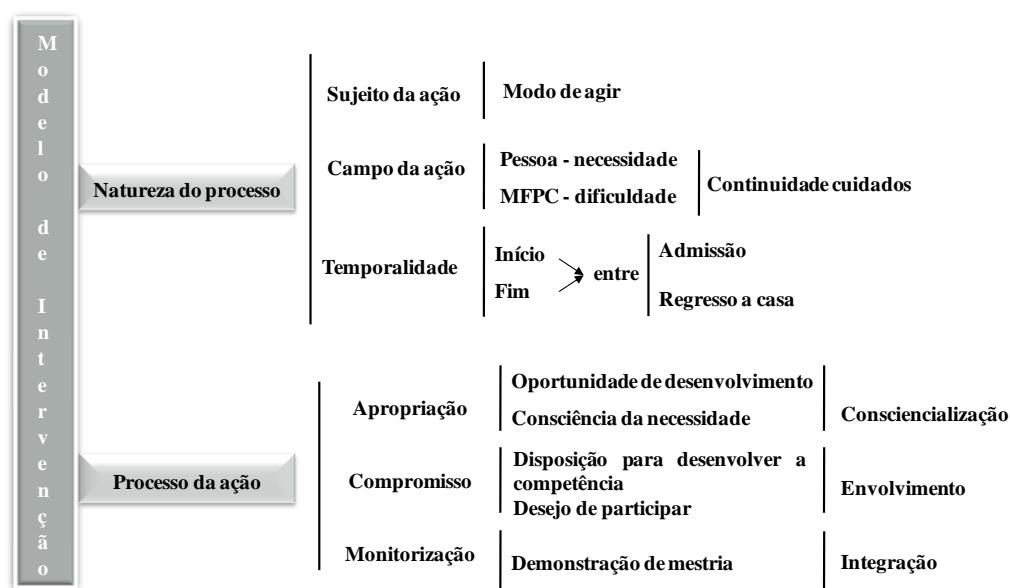
Wilkes, L. e White, K (2005). The family and nurse in partnership: Providing day-to-day care for rural cancer patients. *Australian Journal of Rural Health* 13 (2), 121-126



## CAPÍTULO 7: MODELO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PROMOTOR DA MESTRIA DOS MFPC

Tendo por objetivo o Modelo de intervenção de enfermagem promotor da mestria dos MFPC, evoluímos para uma redução teórica consubstanciada pela interligação de dois subprocessos que, apesar de distintos, se complementam. Destacamos duas dimensões: a **Natureza do processo** e o **Processo da ação** (Diagrama 25).

Diagrama 25 – Modelo de intervenção



A natureza do processo integra três elementos: o *Sujeito da ação*, o *Campo da ação* e a *Temporalidade da ação*. O *Processo da ação* integra dois subprocessos. Um, centrado no enfermeiro e compreende três fases: *Apropriação*, *Compromisso* e *Monitorização*. O segundo, centrado no MFPC enquanto foco da atenção do enfermeiro, e compreende as fases: *Consciencialização*, *Envolvimento* e *Integração*.

O *Sujeito da ação* é o enfermeiro, que tem uma determinada intencionalidade que o leva a interagir com a pessoa/MFPC de um determinado modo. O *Campo de ação determina o contexto situacional* e compreende a pessoa dependente e a identificação das suas necessidades, o MFPC e a oportunidade de desenvolvimento da mestria, tendo em conta a continuidade dos cuidados em casa. O enfermeiro estabelece conexões significativas com a pessoa e o MFPC, a fim de um conhecimento que lhe permite situar-se e estabelecer ligações, num processo contínuo de *ação-interação-ação*. Trata-se de um campo objetivamente relacionado com o conhecimento que o enfermeiro tem da realidade da pessoa dependente e do MFPC, e que lhe permite decidir sobre as terapêuticas de enfermagem que mais se adequem às necessidades destes. A interação entre o sujeito da ação e o MFPC define a natureza do processo, que decorre num ambiente e num tempo determinados.

A *Temporalidade da ação* diz respeito ao desenvolvimento, no tempo, das diferentes ações que suportam o processo, e que permitem ao enfermeiro/MFPC estabelecer sinergias no decurso da preparação do regresso a casa. A preparação do regresso a casa enquanto *Modelo de desenvolvimento da mestria* constitui-se como um processo dinâmico onde a *Natureza do processo* e o *Processo da ação* se complementam.

## 7.1 NATUREZA DO PROCESSO

Importa refletir sobre a natureza do processo, no sentido de repensar o modo como o enfermeiro e o MFPC desenvolvem, ao longo do internamento, as interações constitutivas das terapêuticas de enfermagem.

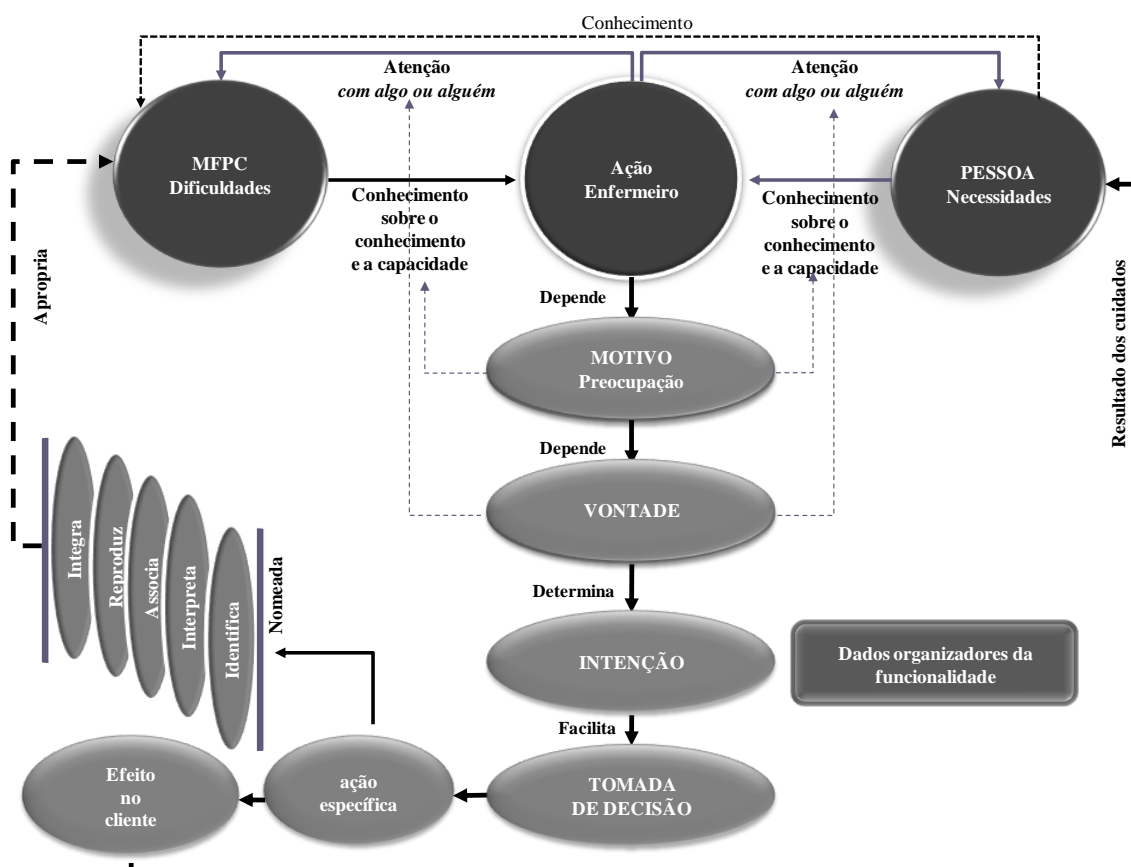
### 7.1.1. O sujeito da ação no âmbito do PPRC

Quando falamos do sujeito da ação, centramo-nos no enfermeiro e no seu modo de agir. Sobressaem duas dimensões no modo como o enfermeiro age: a *atenção*, e a *ação* propriamente dita, materializada em atos concretos (Diagrama 26). Estas duas dimensões traduzem o comportamento do enfermeiro na prática (Silva, 2001). A atenção



não tem a ver com atos ou gestos específicos, mas com o modo como o enfermeiro age e se predispõe a estar com o outro.

**Diagrama 26 – Ação do enfermeiro**



A atenção, enquanto faculdade de análise, permite ao enfermeiro centrar-se na pessoa dependente e no MFPC. A atenção é um processo cognitivo, pelo qual o enfermeiro focaliza e seleciona estímulos dos clientes (pessoa dependente/MFPC), estabelecendo relações entre eles. Centrar a atenção nas necessidades/dificuldades, sem atender à situação específica da pessoa dependente/MFPC, pode levar a interpretações reducionistas do ser e do que significa a necessidade/dificuldade para o próprio. Assim, o enfermeiro pode alargar ou restringir o seu campo de ação dependendo da visão holística ou redutora que tem da concepção do ser humano.

A atenção do enfermeiro traduz uma visão holística, determinando o seu modo de agir num processo de ação-interação-ação, integrando os pressupostos do paradigma da integração (Kèrouac, 1994). O enfermeiro, mostra interesse pela singularidade da pes-

soa dependente no autocuidado e respetivo MFPC, atendendo à continuidade dos cuidados a desenvolver em casa. Nesta perspetiva, o enfermeiro focaliza a atenção na resposta da pessoa, utilizando os princípios da relação de ajuda (Meleis, 1991; Kèrouac, 1994) e avalia a necessidade de ajuda do MFPC, partindo da perceção que este tem da situação que está a viver.

A atenção do enfermeiro com a pessoa dependente/MFPC exige disponibilidade. O enfermeiro, ao mostrar-se disponível, mobiliza não só o tempo, mas também a energia interior, diferenciando-se no modo de estar e de se relacionar com o MFPC. A disponibilidade e a proximidade constituem elementos da atitude clínica proativa, tal como Lopes (2006) a define, sendo a via para o compromisso como referem Watson, 1985; Morse, Anderson, e Bottorff, 1992.

O enfermeiro, ao estar atento, centrando-se no outro para o conhecer, apropria-se de informação que lhe permite gerar alternativas, de acordo com essa situação específica. Esta disposição orienta-o a agir de determinado modo, com base numa intenção (Lima, 1993; Monteiro e Santos; 1998). A intencionalidade precede o saber fazer e, não sendo este um dado constitutivo do ato, constituiu um dado organizador da sua funcionalidade.

Durante o PPRC, o enfermeiro faz uso de diferentes ações: *Educar*; *Instruir* e *Treinar* possibilitando o desenvolvimento da mestria do MFPC. A ação permite ainda, identificar, outros elementos que permitem ao MFPC interpretar, associar, reproduzir, integrar, designar por palavras o apreendido, traduzindo a apropriação dos significados. A apropriação traduz um novo conhecimento e uma nova perceção. É deste modo que a ação do enfermeiro é captada pelo MFPC, através dos órgãos dos sentidos, originando imagens mentais com determinado significado.

O conhecimento das experiências humanas exige do sujeito da ação (enfermeiro) a clarificação dos significados que antecederam a intenção do cuidado a alguém, o que implica estar atento à comunicação verbal e não verbal do MFPC, no sentido de identificar os fatores que facilitam ou dificultam o seu envolvimento no processo de preparar o regresso a casa.

A *ação* reflete, assim, um projeto, isto é, uma intenção do agente, pressupõe uma vontade, um querer, uma possibilidade de mudar. A ação implica negociar e decidir, culminando na ação promotora dos cuidados. A ação concretiza-se em atos concretos,

enquanto elementos da ação, tendo uma influência na pessoa e MFPC. A ação é, como refere Boterf (1994), uma prova. O resultado desta traduziu-se em benefícios diretos na saúde da pessoa dependente no autocuidado e no reconhecimento do *SER CAPAZ* traduzindo o reconhecimento da mestria do MFPC.

### **7.1.2. O campo da ação**

Determinar o *campo da ação* é um elemento central, pois este possibilita perceber, por um lado, a percepção que o MFPC tem da saúde, dos recursos disponíveis e dos significados que este lhe atribui: por outro lado, permite compreender as condições ou as situações que facilitam ou dificultam o exercício do papel de prestador de cuidados. Ao agir, o enfermeiro apreende a situação, isto é, os significados atribuídos à *necessidade de cuidados* e à *dificuldade nos cuidados*, de forma a construir e pôr em comum um entendimento mútuo, tendo em conta a continuidade dos cuidados em casa. A ação implica, de algum modo, uma forma de articulação inteligível com base na interação. O exercício dessa articulação pressupõe uma estrutura, que conjuga a reciprocidade entre a informação apreendida e o real significado, decodificado nas interações desenvolvidas.

Cada realidade percebida é o resultado de uma representação simbólica (imagens), que resulta de um processo sistemático de observação e comunicação. A comunicação é um meio através do qual os intervenientes partilham, interpretam e produzem significados e, de certa forma, constroem e colocam em comum um entendimento recíproco como refere Amendoeira (2000).

No PPRC, enfermeiros - MFPC iniciam o processo pela compreensão dos significados que estão na base dos cuidados, isto é, pela partilha e interpretação do que cada um entendeu do fenómeno. O início de qualquer interação parte de um estímulo, que neste caso traduz uma necessidade de autocuidado da qual emerge a dificuldade em o MFPC dar resposta a essa necessidade de acordo com a exigência da continuidade dos cuidados em casa. O estímulo é apreendido e tem um significado.

Assim, os “cuidados” enquanto expressão de *necessidade/dificuldade* trazem à memória experiências vividas sendo, assim, qualquer coisa que representa alguma coisa, isto é, um signo. O signo é um estímulo que tem um determinado significado para o enfermeiro e MFPC, na medida em que estes podem identificá-lo, defini-lo e valorizá-

lo. O signo apenas se relaciona com a realidade através dos conceitos e das pessoas que os usaram. Quando o conceito comum se relaciona com um tipo de objeto com existência real, pode ter, em princípio, o mesmo significado, criando na mente da pessoa um signo equivalente. No entanto, quando o conceito não tem existência real, pode surgir diferenciação. O signo traduz mensagens e estas são também signos criados através do pensamento humano.

A preparação do regresso a casa, enquanto processo que envolve a partilha de necessidade/dificuldade nos cuidados, do ponto de vista da significação do conceito, exige que o enfermeiro tenha de ter presente três elementos: o signo em si (cuidados); aquilo a que ele se refere (necessidade de cuidados, continuidade de cuidados, dificuldade na prestação dos cuidados) e a pessoa a quem se refere (pessoa dependente no autocuidado/MFPC). O que pressupõe que, no decurso do processo, o enfermeiro tenha a preocupação de descodificar com a pessoa/MFPC o seu entendimento sobre o que constitui uma necessidade de cuidados, e o que facilita ou dificulta a continuidade desse cuidado, no sentido de definir o tipo de ajuda.

O “cuidado”, enquanto conteúdo mental que o enfermeiro (emissor) atribui a esse significante (por exemplo, cuidado de higiene), continua no seu interior. O significante (o que é apreendido) suscita no interior do recetor (MFPC) um outro significado semelhante, mas nunca idêntico ao do emissor. O emissor associa os seus conteúdos mentais a um dado objeto físico que produz para o efeito (codifica a mensagem); o recetor apreende com os seus sentidos esse conceito e associa-lhe um certo conteúdo mental (descodifica a mensagem), e assim sucessivamente. Por isso, quanto mais partilhamos dos mesmos códigos, quanto mais usarmos os mesmos sistemas de signos, mais os significados das mensagens se aproximarão uns dos outros como refere Fiske (2005).

É importante o enfermeiro ter esta consciência para identificar o tipo de ajuda a proporcionar ao MFPC. Isto porque o enfermeiro, ao falar dos cuidados com o MFPC e este não os tendo experimentado, formula um juízo acerca do modo como os perspetiva assegurar. Decorrente dessa informação, o enfermeiro identifica as oportunidades dos MFPC desenvolverem as competências. Podemos assim falar dos cuidados prestados, dependendo estes de um processo que implica realizar algo no sentido de obter algo de diferente (bem-estar), com base num modo específico de atuar.

Isto significa que, na interação entre o enfermeiro e pessoa/MFPC, ao não ser captado pelo MFPC o motivo que justifica a intenção de cuidar, estabelece-se uma confusão, por o significado não ser compreendido por este. Logo, os cuidados podem ficar, numa fase inicial, com um duplo significado gerando, por vezes, no MFPC uma menor disposição para desenvolver a competência, por não se sentirem compreendidos. Estas situações ocorrem quando os MFPC se mostram convictos de que prestam cuidados adequados às exigências da situação da pessoa dependente, apesar da avaliação efetuada pelo enfermeiro provar o contrário. Referimo-nos aos cuidados como, por exemplo, a *Ventilação não invasiva*, onde nem sempre as prescrições tinham sido cumpridas, assumindo a pessoa/MFPC o incumprimento da terapêutica em casa. De salientar também os cuidados com a *Alimentação*, onde menos de metade dos MFPC, face aos quais os enfermeiros identificaram oportunidades de desenvolvimento da mestria, tinham consciência da necessidade de mudança.

Ao descodificar com o MFPC o apreendido, e ao fornecer novas informações, o enfermeiro possibilita o desenvolvimento de uma disposição diferente para aquele desenvolver a competência. Assim, se os elementos que constituem a ação de cuidar forem apropriados pelo enfermeiro/MFPC, fornecendo a essas ações o sentido correspondente ao motivo da atividade global, estamos em presença de um significado semelhante, que permite ao MFPC compreender os efeitos a compensar pelos cuidados. Estes traduzem os comportamentos percebidos pelos MFPC e enfermeiros. Assim, os enfermeiros interagem com **intencionalidade** com os clientes (pessoa dependente/MFPC) para estabelecerem mutuamente objetivos e para explorarem e acordarem formas de os alcançar (King, 1981).

### 7.1.3. Temporalidade da situação

A temporalidade apresenta o horizonte a partir do qual o enfermeiro se dispõe a estar com a pessoa dependente/MFPC, de modo a conhecer a sua problemática, e a promover o processo de ajuda. O tempo aparece como **determinante** do modo de agir perante a situação. Então, como gerir as diversas temporalidades no âmbito do PPRC, onde o tempo se configura com amplitudes diferentes?

A dimensão temporal é gerida pelo enfermeiro com base na situação e na disponibilidade que este tem em se articular com a disponibilidade do MFPC. O enfermeiro gere diariamente o tempo cronológico, de acordo com o volume de trabalho a que tem de dar resposta num turno. O tempo é gerido de acordo com o livre arbítrio do enfermeiro, dependendo do que este valoriza e daquilo a que atribui prioridade.

Mas a disponibilidade do enfermeiro não tem apenas a ver com a dimensão do tempo cronológico, como focado anteriormente. Existe uma outra dimensão que transcende o tempo cronológico e que se traduz na disposição interior, expressa na **vontade** e no querer ajudar o MFPC.

**O início** - é por vezes coincidente com o momento de admissão da pessoa no serviço, ou surge ao longo do internamento, a partir da evolução da situação da pessoa e da decisão do MFPC em assumir o exercício do papel. Situar este momento próximo da admissão da pessoa permite procurar atempadamente os elos de significação, que dão início e continuidade ao processo, e ajustar o planeamento ao tempo disponível da necessidade de ajuda. O processo evolui no tempo, sendo avaliado e reajustado à medida que a disposição do MFPC para desenvolver a competência flui entre o desejo e o não desejo de participar.

Constituem fatores constrangedores do processo: a falta de articulação e cooperação entre os diferentes profissionais que decidem sobre os cuidados, a falta de iniciativa e de autonomia do enfermeiro para desencadear o processo e a falta de disposição do MFPC para desenvolver as competências. Pelo contrário, a pro-atividade do enfermeiro para envolver o MFPC constitui-se como um elemento facilitador.

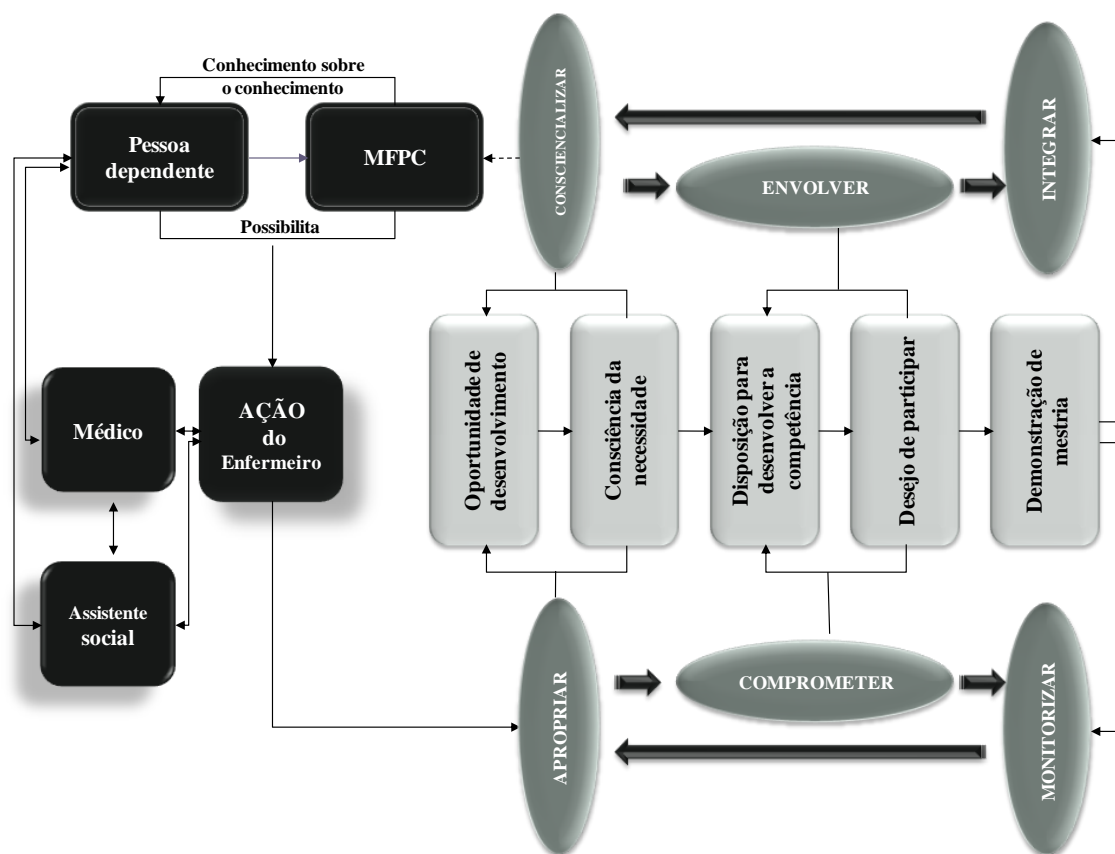
**Fim** – o processo em si conclui-se quando o MFPC verbaliza sentir-se preparado face às dificuldades partilhadas e o enfermeiro valido com ele a demonstração da mestria.

## 7.2. PROCESSO DA AÇÃO

Preparar o regresso a casa compreende dois subprocessos: (a) **Apropriar, Comprometer e Monitorizar** (b) **Consciencializar, Envolver e Integrar**, (Diagrama 27). Nestes desenvolvem-se ações e interações centrados no enfermeiro e no MFPC, respetivamente, num processo contínuo de desenvolvimento de competências. As ações que

integram a atividade do enfermeiro no âmbito do PPRC inserem-se numa dada estrutura que permite a identificação das necessidades da pessoa e as dificuldades do MFPC ao longo das diferentes etapas do PPRC. Passaremos a clarificar estes dois subprocessos.

**Diagrama 27 – Etapas do PPRC**



### 7.2.1. Apropriar - ConsciencIALIZAR

O PPRC inicia-se no momento do acolhimento da pessoa doente no serviço, ou posteriormente quando o familiar é capaz de assumir o papel. O enfermeiro, durante a interação, coloca em ação o seu modo de perceber a pessoa, através do que Lopes (2006) denominou de avaliação diagnóstica. Esta baseia-se no conhecimento que permite formular os diagnósticos de enfermagem, determinando as ações a desenvolver.

Quando a pessoa apresenta incapacidade para atender as suas necessidades, revela a necessidade da intervenção do enfermeiro. São essas necessidades, expressas pela pessoa, que determinam a formulação de diagnósticos, a implementação e a validação das terapêuticas de enfermagem, isto é, todas as ações de enfermagem deliberadamente concebidas para o cuidado dos clientes e que estão relacionadas com tornar o processo de interação mais efetivo.

O enfermeiro faz a avaliação diagnóstica com recurso à técnica de entrevista, mas também à observação sistematizada, e apreende os cuidados vivificantes (Collière, 2003) pelo sentido que a pessoa dá à sua existência, assim como ao modo de os promover. Este é o momento de eleição em que o enfermeiro se apropria da informação e apreende a perspetiva da pessoa, quando possível, permitindo-lhe assim conhecer:

- O que a pessoa sabe sobre a sua situação de saúde;
- Que cuidados desenvolve por si só;
- Em que cuidados necessita de ajuda;
- Que tipo de ajuda necessita (equipamentos; prestador de cuidados);
- Que significado atribui à situação;
- Quem a ajudou antes do internamento hospitalar, chegando-se assim à identificação do MFPC.

O conhecimento que o enfermeiro consegue obter sobre a situação de saúde, o défice de cuidados e as necessidades de cuidados da pessoa determinam a necessidade de identificar o MFPC.

Na entrevista de avaliação inicial, o enfermeiro pode obter o conhecimento que a pessoa tem sobre a sua situação de saúde/doença, mas também o conhecimento que o MFPC tem da situação de saúde/doença da pessoa, e o modo como esta está a viver esse processo. O conhecimento que o MFPC revela ter da situação da pessoa é central para o enfermeiro perceber o significado das dificuldades e da necessidade de ajuda, face à situação apresentada. Mas nem sempre MFPC e os enfermeiros têm a mesma visão das ações a desenvolver com vista à continuidade dos cuidados, pois não têm os mesmos conhecimentos do problema nem atribuem os mesmos significados.

A avaliação decorre, assim, de um processo cíclico de apropriação de informação, permitindo ao enfermeiro avaliar e reavaliar continuamente a situação da pessoa, estabe-



lecendo as conclusões acerca dos seus significados, para a partir daí decidir sobre a continuidade dos cuidados.

O momento de avaliação inicial da pessoa é determinante na clarificação de quem é o prestador de cuidados.

#### **7.2.1.1. Oportunidade de desenvolvimento**

O primeiro encontro enfermeiro/MFPC é fundamental para se definir o caminho a percorrer. A **apropriação** consiste em procurar a informação partindo da situação da pessoa dependente nos autocuidados, com vista a um fim específico, isto é, preparar o MFPC para a continuidade dos cuidados. Ao articular a percepção que o MFPC tinha do “anteriormente”, enquanto como foi cuidar antes do internamento, do “em breve” enquanto como será cuidar após o regresso da pessoa dependente a casa e, do “agora” enquanto como é cuidar da pessoa face às actuais necessidades, o enfermeiro apropria-se das preocupações dos MFPC.

O confronto com a dependência no autocuidado, a complexidade de cuidados, o não estar confortável para exercer o papel, são alguns dos desafios com que os enfermeiros se confrontam no âmbito da preparação do MFPC. Perceber como determinada situação está a ser vivida é determinante para se desenvolver uma orientação contextualizada da situação. Cada díada pessoa dependente/MFPC, sendo única, exige a individualização das intervenções a desenvolver. O PPRC é um processo interpessoal, traduzido em ações que exigem a interação entre uma pessoa que apresenta a dificuldade e o enfermeiro que está disponível para responder aos cuidados necessários, possibilitando a ajuda ao MFPC.

#### **7.2.1.2. A consciência da necessidade**

Durante o internamento hospitalar, o MFPC inicia um processo de consciencialização, desenvolvimento e sedimentação das crenças partindo daquilo em que acredita, no que respeita ao modo de cuidar, através do que Tavares e Alarcão (1985, p.151) designam “...da sua maneira de ser, de conhecer e de sentir; a partir das suas concep-

*ções, dos seus esquemas mentais e afectivos, da sua escala de valores e de interesses; a partir das suas expectativas, dos seus juízos de valor”*. Algumas das ideias que estão na base do modo de prestar os cuidados são transmitidas no seu meio social, sendo assimiladas sem que por vezes o MFPC tenha consciência disso. Adotam, por vezes, uma atitude de desconfiança face aos enfermeiros, à medida que se confrontam com a diferença, argumentando e defendendo os seus pontos de vista, dando deste modo, a conhecer o seu modo de cuidar.

Por vezes, os MFPC chegam junto dos enfermeiros com ideias pouco claras relativamente ao modo como perspectivam prestar os cuidados, mostrando-se pouco despretos para a prevenção de complicações decorrentes desses cuidados como: *posicionar* corretamente a pessoa dependente, ou o ter de mudar a pessoa com regularidade de posição. Posicionar para *Alimentar* uma pessoa com dificuldade na deglutição, por exemplo, representa uma das necessidades das pessoas dependentes, face às quais os MFPC nem sempre estão conscientes das oportunidades de desenvolverem a mestria.

Frequentemente, os significados dos cuidados refletem experiências negativas de terem cuidado, devido a incidentes decorrentes dos mesmos, como levantar da cama para a cadeira uma pessoa com mobilidade reduzida, ou o esforço dispendido ao trocar os lençóis da cama, na situação de estar acamada, ou ainda a dificuldade em *Vestir/despir* ou em manter a pessoa de pé.

A consciência de terem de prestar cuidados complexos, desencadeia nos MFPC sentimentos de preocupação e insegurança, pela percepção de não serem capazes de os assegurar. Todos esses significados são construídos ao longo das experiências vividas, ganhando consistência e precisão para o próprio, refletindo-se no modo como se dispõem para continuarem os cuidados em casa.

Ao longo do PPRC, os MFPC que inicialmente se mostram menos conscientes das oportunidades de desenvolvimento da mestria, desenvolvem uma nova consciência acerca do exercício do papel, nas informações e orientações profissionais que vão obtendo, construindo novas imagens e representações a partir das novas aquisições. A nova consciência da situação permite ao MFPC aceder a um outro modo de perspetivar e antecipar as mudanças que a situação lhes impõe. Estas atitudes exigem do enfermeiro a capacidade de **escutar, decodificar, compreender, ajudar a encontrar alternativas** ao mesmo tempo que **criam um clima que facilita a ligação**. Ao longo do processo, os

enfermeiros incorporaram uma **abordagem colaborativa**, ao **fornecerem informações** e ao darem **orientações** que possibilitaram o desenvolvimento do plano de cuidados.

O nível de consciencialização influencia, assim, o nível de implicação, como referem Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher (2000). Estar convicto dos cuidados prestados antes do internamento não correspondeu a ter consciência plena da necessidade, pois existiram dimensões nos cuidados para os quais os MFPC demonstraram não estar despertos, como focado anteriormente. Ter consciência da necessidade também não foi sinónimo de aceitação para participar no PPRC, pois nem sempre os MFPC demonstraram disposição para desenvolver as competências, ou o desejo de participar com os enfermeiros, como analisaremos de seguida.

### **7.2.2. Comprometer - Envolver**

Tal como referem Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher (2000), também aqui o compromisso é definido como o grau no qual os enfermeiros demonstram que se envolveram nos processos inerentes à transição. O enfermeiro, ao longo do PPRC, assume o compromisso de ajuda com base na disposição que o MFPC revela ter para se envolver no desenvolvimento das competências. O envolvimento implica ter disposição para desenvolver a competência, mas também implica demonstrar o desejo de participar com os enfermeiros no PPRC, sendo estas condições centrais que facilitam a transição para o papel de cuidador como referem Meleis e Trangensteis (1994).

#### **7.2.2.1. Disposição para se envolver**

O enfermeiro, ao comprometer-se com o MFPC, trabalha com ele em estreita colaboração, de modo a compreender os significados que este atribui aos eventos, e compreender o impacto que estes têm na sua vida (Ezel, MacDonald, Pugnaire e Gos, 1991). À medida que o enfermeiro identifica a disposição do MFPC para desenvolver a competência, percebe em que é que o MFPC se quer envolver, o que está decidido a aprender e em que momentos, decidindo, ainda, da possibilidade de implicar outros membros da família no processo, mediante a avaliação que faz das suas próprias capacidades.

O enfermeiro age para alguns como **um guia, um orientador, um educador, um terapeuta**, ajudando o MFPC a fazer as opções que melhor se ajustam à situação da pessoa dependente, mas também às suas necessidades, de acordo com os diferentes padrões de envolvimento:

- MFPC que mostram disposição para iniciarem ou continuarem a exercer o papel de prestador de cuidados, a quem são identificadas oportunidades de desenvolvimento;
- MFPC que não mostram disposição para iniciarem ou continuarem a exercer o papel de prestador de cuidados, a quem são identificadas oportunidades de desenvolvimento;

Respeitar as decisões dos MFPC, possibilita que estes se liguem aos enfermeiros e se situem participando com o enfermeiro.

#### **7.2.2.2. Desejo de participar**

A chave para a mudança é a aceitação por parte do MFPC em se envolver no processo. Sem o desejo de participar, o MFPC fica comprometido. Como refere Bortef (1994), é preciso querer para poder mobilizar, e querer agir para saber agir. O desenvolvimento da competência comporta, assim, os componentes querer e poder. Querer participar exige vontade e motivação, mas também condições físicas, cognitivas e emocionais.

A consciência das limitações leva o MFPC: a tomar a decisão ou a aceitar a sugestão de implicar outros familiares no processo, assumindo o papel de gestor dos cuidados, decidindo quem faz o quê no cuidado à pessoa dependente aquando do regresso a casa. A implicação de outros membros da família depende das dificuldades anteriormente enunciadas, mas também da natureza do cuidado a desenvolver (por exemplo nos cuidados considerados "íntimos") ou da existência de limitações físicas pessoais impeditivas da prestação de certos cuidados. Envolvem outros membros da família e acompanham de perto o desenvolvimento de competências dos mesmos.

Apesar da consciência da necessidade, nem sempre os MFPC demonstram disposição para desenvolverem as competências. O cansaço associado aos cuidados prestados antes do internamento justifica a menor disposição para desenvolverem algumas

das competências. No entanto, mantêm o desejo de ver como o enfermeiro presta os cuidados, à medida que clarificam aspetos referentes aos modos como eles próprios cuidam. Assim, face ao desejo de participação nos cuidados, o comportamento dos MFPC pode ser padronizado em:

- Desejo de participar com o enfermeiro;
- Desejo de não participar com o enfermeiro, mas desejo de ver prestar os cuidados de maior complexidade;
- Desejo inicial de participar com o enfermeiro, seguido do desejo de não participar decorrente do desinvestimento no cuidado e/ou receio de aumentar o sofrimento na pessoa doente, quando existia a perceção de deterioração clínica;
- Desejo inicial de não participar com o enfermeiro, face à perceção de elevada gravidade clínica ou à expectativa de institucionalização da pessoa seguido do desejo de participar quando a pessoa melhorasse ou face à inevitabilidade do regresso a casa;
- Desejo de não participar com o enfermeiro face à expectativa de que a pessoa viesse a ser institucionalizada.

Em qualquer dos casos, o enfermeiro tenta, ao longo do internamento, harmonizar tensões, mostrando-se disponível para tirar dúvidas, dando orientações e sensibilizando para determinados cuidados. A falta de alternativa, associada ao facto de os familiares não demonstrarem o desejo de exercer o papel de prestador de cuidados, pode potenciar situações de vulnerabilidade da pessoa dependente, devendo estes casos ser referenciados ao centro de saúde, pelo risco de abuso ou de abandono a que estas pessoas possam estar sujeitas. Neste sentido, é de extrema importância conhecer em que estruturas familiares estas pessoas vão ficar a viver. Alguns MFPC, apesar de apresentarem dificuldades físicas, recusaram os apoios disponíveis, tendo no entanto conhecimento do que fazer para os obter se necessitarem em casa. Urge assim uma melhor articulação Hospital/Centro de Saúde para que todas estas situações possam ser acompanhadas atempadamente.

### **7.2.3. Monitorizar – Integrar**

Meleis e Trangensteis (1994) consideram que a enfermagem se deve preocupar com os processos e as experiências dos seres humanos durante o percurso das transi-

ções, no qual a saúde e a percepção do bem-estar são os resultados/ganhos. Estes constituem os modelos de resposta que permitem que o MFPC se sinta ligado aos enfermeiros, tomando consciência da situação, de modo a participar e a desenvolver a mestria necessária à situação. Os modelos de resposta monitorizam “... *Conhecimentos, capacidades e comportamentos necessários para gerir as novas situações e contextos*”, como defendem Meleis, Sawyer, Im, Messias, e Schumacher (2000, p. 26).

O exercício do papel obriga a mudanças de comportamento, mas também, mudanças psicológicas, exigindo para tal uma consciência renovada acerca da necessidade/dificuldade/continuidade de cuidados, capitalizando essas mudanças para um nível de função distinto do anterior.

#### **7.2.3.1. Demonstração da competência**

As competências traduzem-se em termos de capacidades. A capacidade faz, assim, parte integrante do sujeito enquanto atributo do sujeito. O MFPC demonstra capacidades, traduzindo-se nos conhecimentos que este revela ter e que lhe permitem reconhecer sinais de conforto/desconforto na pessoa; e na capacidade de identificar, interpretar, associar, reproduzir o que viu o enfermeiro fazer, integrando e selecionando as ações que dão resposta às necessidades de cuidados da pessoa. Estes são alguns dos indicadores de resultado possíveis de serem avaliados durante o internamento hospitalar.

A competência traduz-se na disponibilidade para reconhecer e responder à necessidade de cuidados da pessoa. A capacidade traduz-se também no saber mobilizar os conhecimentos, os recursos e as habilidades para fazer face a um determinado problema, sendo estes indicadores de competência (Mandon, 1990). A competência indica uma realidade dinâmica, isto é, o processo de preparação do regresso a casa. Sendo a competência indissociável da execução, o seu exercício é necessário para que ela possa ser demonstrada. Possuir recursos como conhecimentos, só por si, não significa ser competente.

Ser competente exige saber mobilizar, integrar e transferir os recursos que se possuem, aprender a resolver diferentes problemas e a enfrentar diferentes desafios. A

competência permite ao próprio o reconhecimento de ser capaz. A competência implica um sentimento de segurança interno que passa a ser monitorizado.

Após o regressar a casa, a competência traduzir-se-á no saber mobilizar os recursos internos e externos face às dificuldades imprevistas, tirando o maior partido deles, o que pressupõe ser capaz de planejar, decidir e agir dentro da complexidade que envolve a necessidade de cuidados. A forma como cada MFPC mobilizar os diferentes recursos em casa pode espelhar o modo como experiencia a transição. Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher (2000) consideram que em todas as transições existe um elemento de subjetividade na obtenção de um sentido equilibrado da própria vida. Para alguns, o sentido de equilíbrio traduz o desenvolvimento da competência e a percepção de ser capaz.

### **7.3. SÍNTESE**

Ao longo do tempo, a disciplina de enfermagem tem desenvolvido o seu conhecimento criando filosofias, modelos e teorias, contribuindo com os elementos que estruturam a ciência de enfermagem. O modelo conceptual é uma representação simplificada e estruturada de um domínio do real, que tem como objetivo melhor compreendê-lo (Verhaeghe, et al., 2010). Constitui uma construção intelectual, um quadro de referência que permite organizar observações, interpretá-las e sugerir hipóteses de pesquisa (Verhaeghe, et al., 2010). Um modelo incorpora um conjunto de termos específicos, organizados coerentemente e interrelacionados entre si, que servem de marco para os enfermeiros guiarem os cuidados na prática. Este desenvolve-se em torno de uma estrutura que tem por base o pensamento crítico ou o processo de resolução de problemas (Kèrouac, 1994). Os modelos permitem aos enfermeiros compreenderem o que ocorre na prática, organizando de forma crítica a informação, de modo à tomada de decisão que antecede a ação.

Alguns autores consideram que não existe uma fronteira clara entre os conceitos *modelo e teoria* (Nadeau, 1999), pois ambos exprimem a ideia enunciada anteriormente. No entanto, Marrs e Lowry (2009) afirmam que o modelo conceptual envolve conceitos mais abstratos e afirmações proposicionais que interligam os conceitos, enquanto a teoria utiliza um número menor de conceitos e afirmações proposicionais que são abran-

gentes e derivados dos modelos conceptuais. Os modelos conceptuais e as teorias existem para lançar desafios à prática (Kèrouac, 1994). O desafio possibilita novas abordagens que permitem remodelar as estruturas, as regras e os princípios (Chinn e Kramer, 1995) existentes na prática. O conhecimento das diversas perspectivas conceptuais e teóricas estimula o pensamento criativo e facilita a colaboração interdisciplinar.

Os enfermeiros baseiam o seu conhecimento nos postulados e nos valores que estão na base dessas concepções, refletindo-se no seu modo de agir. Como referem Meleis e Price (1988), uma disciplina centrada na prática ganha quando se inspira em diferentes concepções. São estas diferentes concepções que possibilitam aos enfermeiros serem capazes de especificar as bases conceptuais que desejam desenvolver na prática, assim como possibilitam compreender a missão social e específica da profissão.

Consideramos ter desenvolvido uma teoria de médio alcance focalizada num fenómeno de enfermagem (Meleis, 1997) em que se pretende facilitar o exercício do papel dos MFPC para a continuidade dos cuidados em casa, contribuindo para o desenvolvimento das competências de mestria para o papel de *prestador de cuidados*, de modo a superar as dificuldades. Enquanto teoria, reflete a prática de cuidados no âmbito do desenvolvimento das competências dos MFPC de pessoas dependentes no autocuidado. É um tipo de teoria prática, na medida em que realça as ações dos enfermeiros para alcançarem um objetivo em enfermagem (Im, Meleis, 1999). Pensamos que esta teoria proporciona uma base para o desenvolvimento do conhecimento, no âmbito do PPRC, através da investigação e dos conhecimentos que emergiram da prática e que foram mobilizados na prática.

Do ponto de vista prático, apresentamos uma teoria que, estamos crentes, permite aos enfermeiros ajudar os MFPC na continuidade dos cuidados às pessoas dependentes no autocuidado após o regresso a casa. Esta dá indicações das ações que suportam o desenvolvimento da mestria dos MFPC.

O enfermeiro centra-se no MFPC, que vive uma experiência única, acompanhando-o durante o internamento no processo de desenvolvimento de competências. A teoria ancora-se na teoria das transições de Meleis (2010).

Partimos, nesta teoria, dos seguintes pressupostos:

- Os cuidados impõem-se ao homem desde o momento da sua concepção e acompanham-no ao longo de toda a sua existência;



- Desde muito cedo os cuidados são apreendidos e passam a ter um significado específico para cada um de nós;
- Todo o ser humano tem capacidades inatas que lhe permitem cuidar (Rochach, 1993);
- Podemos fazer aflorar, esboçar, amadurecer as capacidades que já estão em nós (Alberoni e Veca, 1996).

Percorremos os parâmetros definidos por Stevens-Barnum (1998) que permitem analisar uma teoria. Apresentamos os componentes estruturantes, que incluem: ambiente, o cliente, o processo e o objetivo. **O ambiente** diz respeito ao mundo interior e exterior da pessoa. O mundo interior corresponde aos significados, às expectativas, aos conhecimentos, às capacidades, e reflete o bem-estar físico e emocional. O mundo exterior reflete o contexto onde a pessoa se insere e inclui aspetos comunitários, sociais e económicos. Os aspetos comunitários incluem os recursos, o apoio, o acesso à informação, o acesso aos serviços, o suporte dos familiares e amigos. Os aspetos sociais incluem as crenças e o nível de preparação antecipadora. O ambiente interno e externo determina a condição situacional em que a pessoa - MFPC se situa e se envolve para exercer o papel. O ambiente, de um modo global, estimula o MFPC a criar respostas adaptativas, que facilitam o processo de transição. À medida que o ambiente (interno ou externo) muda, o MFPC tem possibilidade de se adaptar e de mudar. O ambiente inclui, assim, todas as condições pessoais/contextuais, circunstâncias que influenciam e afetam o desenvolvimento e o comportamento do MFPC.

**O processo da ação** possibilita ao enfermeiro apropriar-se da informação acerca da necessidade da pessoa dependente no autocuidado e das dificuldades do MFPC, de modo a ajudar o MFPC a adaptar-se ao exercício do papel. Este é um processo contínuo e sistemático. À medida que o enfermeiro avalia as necessidades da pessoa e se apropria do conhecimento que o MFPC tem da situação da pessoa, e de como perspetiva continuar os cuidados em casa, elabora o diagnóstico de enfermagem. A ação do enfermeiro visa desenvolver as competências do MFPC, de modo a facilitar o exercício do papel, tendo em conta a continuidade dos cuidados em casa.

A interação enfermeiro/pessoa dependente no autocuidado organiza-se em torno de um propósito (processo de enfermagem), usando os enfermeiros diferentes ações (terapêuticas de enfermagem) para facilitar a prestação dos cuidados. O processo desen-

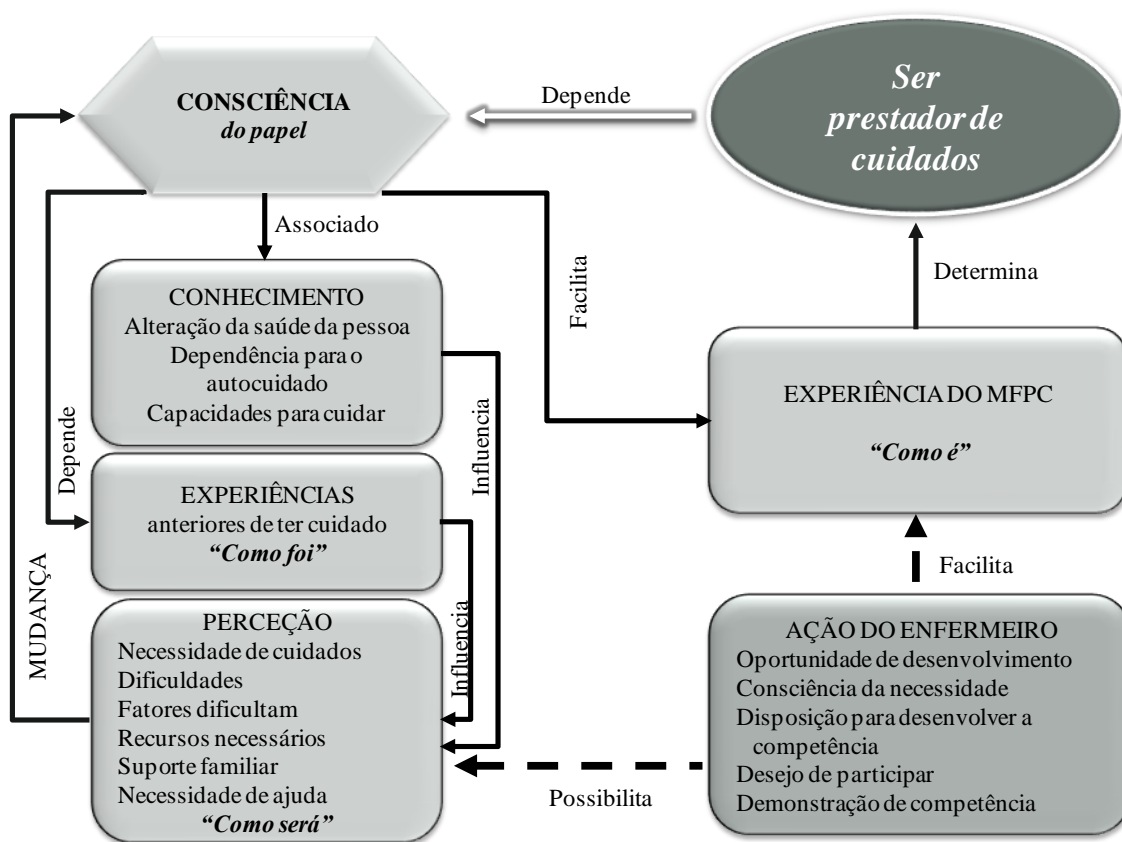
volve-se em três fases, conforme focado anteriormente: *Apropriação*, *Compromisso* e *Monitorização*. Deste decorre um subprocesso que se centra na reação do MFPC face à ação do enfermeiro, do qual decorrem três fases: *Consciencialização* enquanto reorientação interior; *Envolvimento*, enquanto ligação; e *Integração*, enquanto reconstrução de sentido. A reorientação interior inicia-se a partir do momento em que o MFPC tem consciência da necessidade que a pessoa tem de cuidados, mas também das dificuldades no sentido da continuidade dos cuidados após o regresso a casa. As sinergias criadas possibilitam a ligação e, posteriormente, o desenvolvimento de competências do MFPC, que lhe permitem reconstruir um novo sentido.

Entendemos que o **foco da ação dos enfermeiros** depende da resposta do MFPC ao desafio que a continuidade de cuidados à pessoa dependente no autocuidado lhe impõe, o que torna o MFPC um cliente de enfermagem.

O **cliente MFPC** é definido como tendo potencialidades que lhe permitem superar as dificuldades que determinam a necessidade de ajuda. Esta necessidade é satisfeita através das interações que desenvolve com os enfermeiros, com outros profissionais e com o ambiente, pois tem, segundo Meleis (1991), habilidades que lhe permitem adaptar-se a esse ambiente, cuidando-se para cuidar de alguém. A adaptação significa que tem a capacidade de se ajustar às mudanças do meio, e que, por sua vez, o pode mudar (Roy e Roberts, 1981).

Lidar com a situação está associado a dois aspetos: as exigências da situação e as condições internas e atuais, tal como são percecionadas pelo MFPC. Para compreender as respostas humanas a nível do PPRC, é necessário que o enfermeiro desoculte as **condições internas e atuais dos MFPC** (responsabilidade, expectativas, significados dos acontecimentos críticos, capacidades), as **condições sociais** (crenças, atitudes), as **condições comunitárias** (recursos, acesso à informação, acesso aos serviços, suporte dos familiares), que facilitam ou dificultam o processo. Estas condições determinam a consciência de *Ser prestador de cuidados* (Diagrama 28).

**Diagrama 28 - Consciência de Ser MFPC**

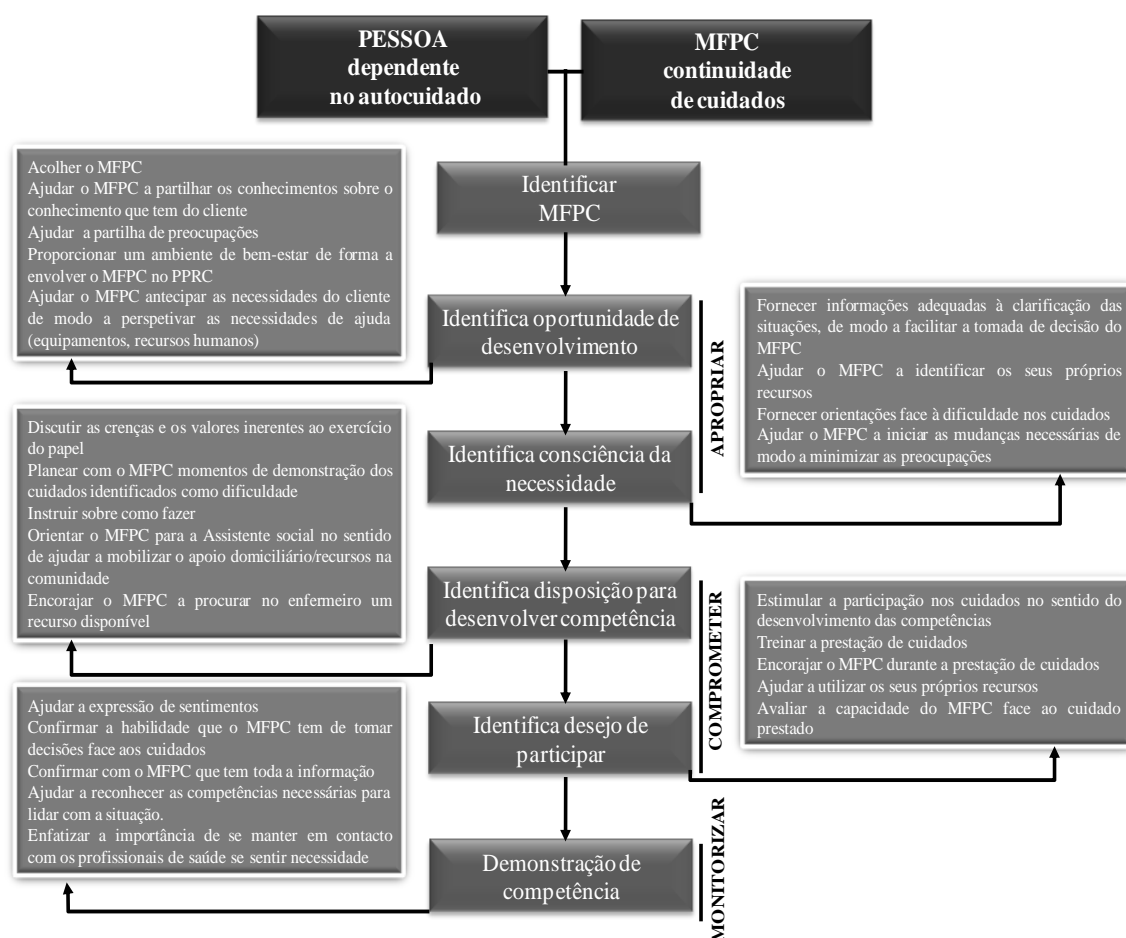


A Enfermagem preocupa-se com as experiências dos seres humanos e com as respostas que estes conseguem desenvolver em relação à saúde e à doença. As experiências humanas são moldadas por múltiplos fatores: história individual, pessoas significativas, políticas de saúde, estruturas sociais, cultura e o género. As experiências humanas são diversas, decorrendo da diversidade de clientes (pessoa/MFPC). A diversidade de clientes/experiências humanas leva a que os fenómenos relacionados com a preparação do regresso a casa sejam fenómenos complexos.

O **objetivo** é a meta esperada pela aplicação da teoria. O objetivo, no âmbito da disciplina de enfermagem, é desenvolver um conhecimento que reflita a ação do enfermeiro ao longo do processo de desenvolvimento de competências do MFPC.

O Diagrama 29 sintetiza as diversas e sequenciais ações do enfermeiro com vista ao desenvolvimento das competências para superar as dificuldades do MFPC.

**Diagrama 29 – Ações que suportam as diferentes fases do processo de desenvolvimento das competências para *Superar as dificuldades***

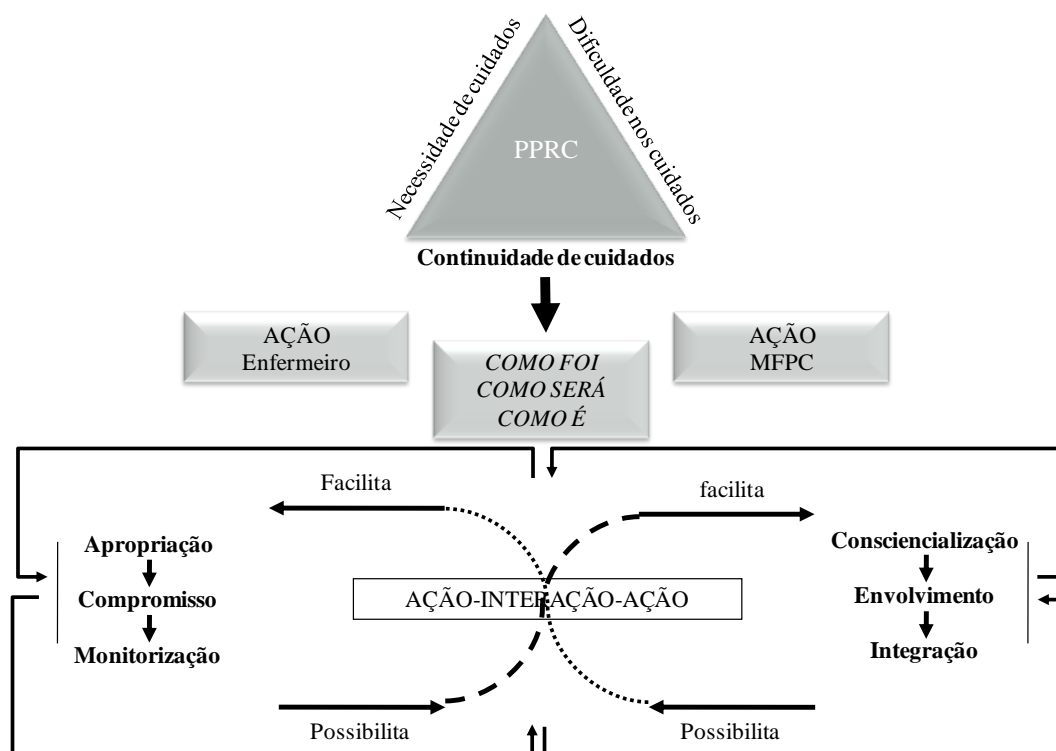


Os enfermeiros necessitam de conhecimento para compreender a diversidade de respostas humanas, de modo a ajudar as pessoas e os MFPC. O conhecimento pode ser transmitido e pode entrar na consciência de uma pessoa como referem Chinn e Kramer (1995), ajudando neste caso o enfermeiro a orientar-se e a orientar o MFPC. Logo, o enfermeiro pode ajudar o MFPC a modificar a consciência ao longo do internamento, pela informação e experiência que lhe proporciona.

Isto requer conhecer os componentes fundamentais da prática de enfermagem no âmbito do processo, sendo estes:

- A pessoa dependente no autocuidado e a **necessidade** de cuidados;
- O MFPC e a **dificuldade** para prestar os cuidados;
- O enfermeiro e a **continuidade de cuidados** (Diagrama 30).

**Diagrama 30 – Modelo da intervenção de enfermagem promotora das competências MFPC para *Superar a dificuldade***



O enfermeiro é um participante ativo desde o início do PPRC, pois, ao identificar a necessidade da pessoa, clarifica com o MFPC a possibilidade de continuar os cuidados em casa. É este modo de agir que o predispõe a criar as condições que permitem estabelecer o primeiro contacto, acolhendo o MFPC. Ao mesmo tempo possibilita que aquele momento seja significativo para o MFPC, de modo a criar as sinergias que possibilitem colher informação necessária ao planeamento dos cuidados. O PPRC tem por base o processo de enfermagem, sendo este organizador do pensamento que antecede e precede o agir do enfermeiro, na medida em que estrutura a ação, focando deste modo a atenção do enfermeiro na pessoa/MFPC. Meleis (1997) considera o processo de enfermagem fundamental para a enfermagem e a sua missão. Os estudos provam que o processo de enfermagem traz vantagens para a gestão dos cuidados, a qualidade e a continuidade (Reel, Morgan-Judge, Peros e Abraham, 2002), aumentando deste modo a satisfação dos clientes (Smith, 1995).

O processo de enfermagem permite fazer a avaliação da pessoa/MFPC, o planejamento, a execução e a avaliação dos cuidados, ajudando a resolver as necessidades das pessoas dependentes no autocuidado e ajudar os MFPC a superarem as dificuldades. A preparação do regresso a casa exige que os enfermeiros desenvolvam atitudes apropriadas no sentido da resolução dessas dificuldades, desenvolvendo as competências necessárias ao bom funcionamento do mesmo, o que pressupõe não relegarem para segundo plano as atividades em resposta às dificuldades dos MFPC, no sentido da continuidade dos cuidados (Basto, 1998).

A avaliação possibilita o conhecimento de *como foi*, *como será* e *como é* o exercício do papel de prestador de cuidados. Possibilitar é, neste sentido, dar oportunidade ao MFPC para desenvolver as competências, o que implica focar-se nas preocupações do MFPC e gerar alternativas, como refere Swanson (1991). O enfermeiro utiliza diferentes ações como: identificar, validar, informar, explicar, treinar, avaliar, conforme quadro que se segue (Quadro 20).

**Quadro 20 – Processos de possibilitar e facilitar a transição**

Possibilitar – <i>dar oportunidade para intervir</i>	Facilitar – <i>promover a ajuda para exercer o papel:</i>
Clarificar o problema <ul style="list-style-type: none"><li>• Identificar necessidades</li><li>• Identificar dificuldades</li><li>• Validar sentimentos</li></ul> Permitir a presença <ul style="list-style-type: none"><li>• Informar</li><li>• Explicar</li><li>• Orientar</li><li>• Treinar competências</li></ul> Monitorizar a mestria <ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar competências</li></ul>	Ter condições para: <ul style="list-style-type: none"><li>• Expressar sentimentos</li><li>• Expressar preocupações</li></ul> Envolver-se <ul style="list-style-type: none"><li>• Ligar-se</li><li>• Situar-se</li><li>• Desenvolver a confiança</li></ul> Reconstruir um novo sentido <ul style="list-style-type: none"><li>• Aprender</li><li>• Adaptar-se</li><li>• Ser capaz</li></ul>

Ao facilitar, *promove a ajuda*, que permite o início do processo. São essas possibilidades/facilidades que permitem a transição, melhorando, facilitando a saúde das pessoas (Meleis, 1997), promovendo o equilíbrio e o bem-estar. A consciência que o MFPC partilha da situação e da necessidade de cuidados da pessoa é reveladora do

exercício do papel. Esta depende do conhecimento da situação: das experiências anteriores; das necessidades das pessoas; das dificuldades no exercício do papel; da necessidade de ajuda; dos fatores que dificultam; dos recursos necessários; do suporte familiar. A consciência evolui, dependendo da intervenção do enfermeiro no âmbito do PPRC.

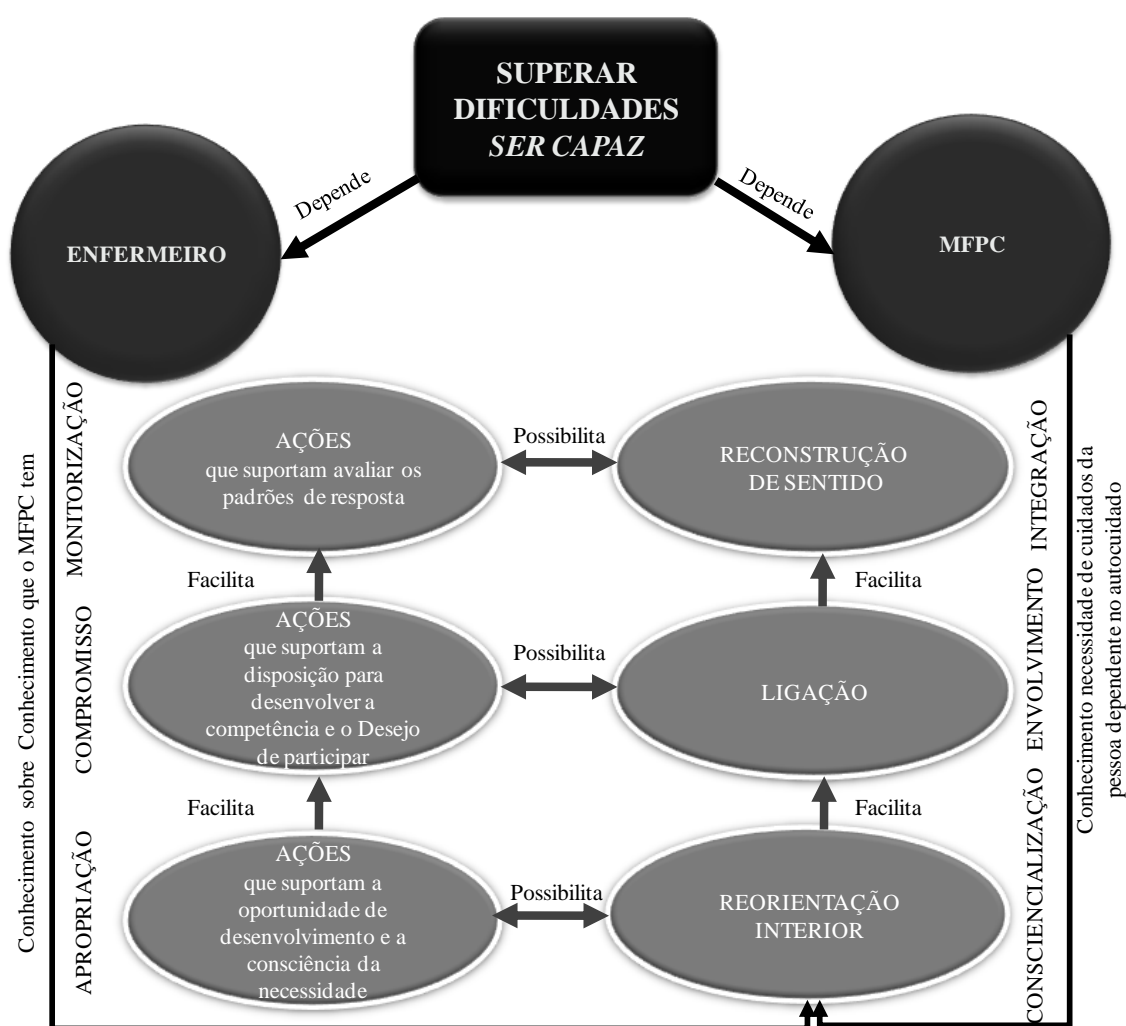
A intervenção do enfermeiro no âmbito do PPRC depende da **ação-interação-ação** que desenvolve com o MFPC. Esta intervenção é organizada segundo dois critérios: a dinâmica criada entre enfermeiro e MFPC e a natureza da colaboração instituída. A partir de um trabalho conjunto, cria-se uma dinâmica onde se partilham: papéis, modos de colaboração e complementaridade nas perícias desenvolvidas. Esta dinâmica põe em evidência a natureza colaborativa da aprendizagem dos cuidados efetuados em parceria. Partindo do reconhecimento das necessidades de cuidados da pessoa, enfermeiro e MFPC definem as estratégias no sentido da ajuda a desenvolver. Neste processo, o MFPC reconhece a atenção do enfermeiro sobre si mesmo. Sente-se um alvo, também ele, dos cuidados do enfermeiro, pela atenção que este lhe dedica. Criam-se laços relacionais, que facilitam a ligação, mas também a cooperação. Através de ações específicas, o enfermeiro compromete-se com o MFPC a ajudá-lo, envolvendo-se em ações que facilitam o desenvolvimento da mestria (Meleis, Trangenstein, 1994).

A intervenção do enfermeiro desenvolve-se em três fases como focado anteriormente, progredindo à medida que o MFPC evolui no processo de **reorientação interior, ligação e reconstrução de sentido**. Em cada fase, o enfermeiro promove ações que suportam o âmbito de cada etapa do processo, às quais sucedem as reações do MFPC, enquanto resposta à interação desenvolvida.

O conhecimento que o enfermeiro possui, no início do processo, facilita a identificação da **Oportunidade de desenvolvimento** e da **Consciência da necessidade** (Diagrama 31). Durante esta fase, o enfermeiro partilha informações, fornece explicações e oferece apoio emocional ao MFPC. A ação do enfermeiro possibilita ao MFPC perceber a situação através da partilha de conhecimentos. É esse conhecimento que permite ao MFPC identificar e antecipar as dificuldades, isto é, crescer (Swanson, 1991) revelando uma nova consciência da situação. O enfermeiro possibilita, assim, que o MFPC se centre no que o preocupa, consciencializando-se da necessidade de cuidados da pessoa dependente no autocuidado e antecipando as dificuldades para assegurar os cuidados após o regresso a casa, o que facilita a **reorientação interior**. A reorientação interior facilita

o processo de **ligação**, que permite ao MFPC gerar alternativas (Swanson, 1991). A partilha das alternativas com os enfermeiros possibilita o **compromisso**. O compromisso traduz-se na definição de ações que suportam as terapêuticas de enfermagem a implementar.

**Diagrama 31 – Ações que suportam os padrões de resposta para superar as dificuldades**



A implementação de ações decorrentes das terapêuticas de enfermagem possibilita que o MFPC **reconstrua um novo sentido** traduzido em comportamentos que demonstram as competências para o exercício do papel de prestador de cuidados. A competência é definida como traduzindo a existência de capacidades, conhecimentos sobre como



promover os cuidados e obter os recursos necessários para assegurar a continuidade dos cuidados (Schumacher, Stewart e Archbold, 1998).

São essas competências que possibilitam ao enfermeiro avaliar a capacidade do MFPC, pelo **padrão de resposta demonstrado**. Os conhecimentos traduzem as capacidades dos MFPC para promoverem os cuidados (Mezey, Harrington e Kluger, 2004), ao nível da **monitorização** e **vigilância** da assistência à pessoa; da **interpretação** das respostas humanas à saúde e à doença; da **tomada de decisão** face à necessidade de cuidados; da **prestação** de cuidados; da **avaliação** dos efeitos dos cuidados na pessoa e também da **competência** demonstrada face ao exercício do papel de cuidador. Destas salientamos as dimensões que incluem o grau de procura de conhecimentos e capacidades específicas conducentes à prestação de cuidados, a segurança demonstrada e o potencial para mobilizar os recursos sociais e comunitários.

A ação do enfermeiro é fundamental para ajudar no processo de desenvolvimento da competência do MFPC. Ao reproduzir e integrar certas ações, o MFPC produz um comportamento observável, mostrando a capacidade de adaptação ao cuidado, sendo esta a avaliação da eficácia do comportamento que é feita em colaboração com o MFPC.

A percepção que o MFPC tem de *ser capaz* é, assim, um resultado/ganho, constituindo este o modelo de resposta que facilita que o MFPC se sinta ligado, se situe e desenvolva a confiança para lidar com a situação. A identificação destes indicadores processuais conduz os MFPC em direção ao processo de desenvolvimento da competência. Como indicador de resultado, emerge o desenvolvimento de novas competências, necessárias para lidar com a transição e que levam ao reconhecimento de *ter superado as dificuldades e SER CAPAZ*. Estas são as competências a que Meleis e Trangensteis (1994) designam de mestria.

#### 7.4. OBRAS CITADAS

- Alberoni, F. e Veca, S. (1996). *O altruísmo e a moral*. 4ª ed. Bertrand Editora
- Amendoeira, J. (2000). *A O cuidado de enfermagem que sentido*. In: Ensino de Enfermagem. Processos e percursos de formação. Lisboa. DGH. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional, 66-77
- Basto, M. L. (1998). *Da intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiros*. Lisboa: Rei dos Livros.
- Boterf, G. (1994). *De la competence. Essai sur un attracteur étrange*. Paris, Les Éditions D'organisation
- Boterf, G. (1994). *De la competence. Essai sur un attracteur étrange*. Paris, Les Éditions D'organisation
- Chinn, P. L. e Kramer, M. K. (1995). *Theory and nursing: a systematic approach*, 3ªed., St. Louis, The C.V. Mosby company
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*. 2ª ed. Loures. Lusociência
- Ezel, Mac D. e Pugnaire G. C. (1991). Follow-up of generic master's graduates: visibility of a model of nursing in practice. *The Canadian J. of Nursing Research*, 23 (3), 9-20
- Fiske, J. (2005). *Introdução ao estudo da comunicação*. Porto: Edições ASA
- Im, E. O. e Meleis, A.I. (1999). A situation specific theory of menopausal transition of Korean immigrant woman. *Image Journal of Nursing Scholarship*. 31, 333-338
- Kèrouac, S. (1994). *La pensée infirmière. Conceptions et stratégies*. Québec. Maloine. Éditions Études Vivantes
- King, I.M. (1981). *A theory for nursing. Systems, concepts, process*. New York. John Wiley e Sons.
- Lima, M. L. P. (1993). *Atitudes*. In: VALA, Jorge; Monteiro, M. Benedicta - Psicologia social Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 167 – 199
- Lopes, J. M. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra. Formasau.
- Mandon, N. (1990). *Un exemple de description des activités et des compétences professionnelles: l'emploi-type secrétaire de vente* in: Les analyses du travail. CEREQ, mars
- Marrs, J.A e Lowry, L.W. (2009) - Nursing theory and practice: connecting the dots. In: Reed P.G.; Shearer, N.B.C. (2009) – *Perspectives on nursing theory*. 5<sup>th</sup> Ed Lippincott Williams, Wilkins, Philadelphia.
- Meleis, A. I. (1991). *Theoretical nursing: development and progress*. 2ª Ed... Philadelphia. J.B. Lippincott
- Meleis, A. I. (1997). *Theoretical nursing: development and progress*. Philadelphia. J.B. Lippincott

- Meleis, A. I. (2010). *Theoretical development of transitions. Role insufficiency and role supplementation: a conceptual framework*. In: Meleis, Afaf Ibrahim – *Transitions theory*. Middle. Springer Publishing Company, 13-24
- Meleis, A. I. e Price, M.J. (1988). Strategies and conditions for teaching theoretical nursing: an international perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 13, 592-604
- Meleis, A. I. e Trangenstein, P.A. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. 42 (6) p. 255-259.
- Meleis, A. I., Sawyer, L.M., Im, E.O., Messias, A.K.H.e Schumacher K. (2000). *Experiencing transitions: an emerging middle range theory*. Adv. Nurs. Sci. 23 (1), 12-28.
- Mezey, M., Harrington, C. e Kluger, M. (2004). Nursing expertise in caring for older adults. *The American Journal of Nursing*. 104(9), 72 p.
- Monteiro, M. e Santos, M. R. (1998). *Psicologia*. Porto Editora. 351 p.
- Morse, J.M., Anderson, G. e Bottorff, J.L. (1992) - *Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice?* Journal of Nursing Scholarship. 24 (4), 273-280.
- Nadeau, R (1999) – *Vocabulaire technique et analytique de l' épistémologie*. Paris, PUF
- Reel S.J., Morgan-judge t, Peros D.S. e Abraham I.L. (2002). School- based rural case management: a model to prevent and reduce risk. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. Jul; 14 (7), 291–6.
- Roach, S.M.S.(1993). *The human act of caring: a blueprint for the health professions*. Ottawa: Canadian Hospital Associations.
- Roy, C e Roberts, S. (1981). *Theory construction in nursing: an adaptation model*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall
- Schumacher, K., L., Stewart B. J. e Archbold P.G. (1998). Conceptualization and measurement of doing family caregiving well. *Journal of Nursing Scholarship*, 30 (1), 63-69
- Silva, A.A.P. (2001). *Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, tese de doutoramento
- Smith, D.S. (1995). Standards of practice for case management. *Journal Care Manage*. Oct; 1(3), 7.
- Stevens-Barnum, B.J. (1998). *Nursing theory: analysis, application, evaluation*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott
- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, Vol. 40 (3), 161-166
- Tavares, J. e Alarcão, I. (1985). *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem*. Coimbra, Livraria Almedina,
- Verhaeghe, J.-C, Wolfs, J. L. e Compère, D. (2010) – *Praticar a Epistemologia: um manual de iniciação para professores e formadores*. São Paulo, Ed. Loyola.
- Watson, J. (1985). *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boulder co: Colorado Associated University Press, 23-35



## CAPÍTULO 8: CONCLUSÃO

---

Neste capítulo, pretendemos apresentar as principais conclusões que se foram configurando ao longo deste trabalho. Enquadramos e apresentamos o problema, explicamos a metodologia adotada, explicitamos as principais conclusões e contributos da teoria para o conhecimento da enfermagem.

O primeiro capítulo evidencia que a preparação do regresso a casa dos MFPC das pessoas dependentes no autocuidado é um processo a que os profissionais de saúde não têm dado muita atenção (Nolan, Grant e Keady, 1996; Andrea, et al., 2004). A investigação nem sempre tem clarificado o tipo de intervenção a que os MFPC foram sujeitos para exercerem o papel de prestador de cuidados (Laurel Northouse, Maria, Lixin, Lingling e Darlen, 2010). Apesar de o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (2004) ter preconizado uma abordagem centrada na família e no ciclo de vida, de modo a capacitá-la para a prestação de cuidados informais, este é um ideal, ainda, a atingir. Assim, conscientes de que os cuidados de enfermagem ajudam as pessoas e familiares a gerirem os recursos da comunidade em matéria de saúde, os enfermeiros devem ajudar a promover as aprendizagens sobre a forma de aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para que estes possam lidar com os desafios da saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001). O que implica que os enfermeiros devem incorporar, nas suas práticas, a preparação dos MFPC pois, como referem Martins, Ribeiro e Garrett (2003), deles depende o bem-estar das pessoas que cuidam.

Desenvolvemos assim um estudo de investigação-ação cujo método e técnicas de recolha e análise descrevemos no segundo capítulo. A finalidade deste estudo foi incrementar um modelo baseado num contexto estruturador da ação de enfermagem, tendo em vista aumentar o repertório de recursos internos do MFPC para fazer face aos desafios colocados pela transição para o papel de prestador de cuidados. Tomámos, assim, como objeto de investigação o *Processo de Preparação do Regresso a Casa*, enquanto conjunto de ações e processos que facilitam a transição para o exercício do papel de prestador de cuidados.

A investigação-ação, levada a cabo neste contexto, foi entendida como um processo deliberado tendente a emancipar os participantes das limitações, frequentemente inadverti-

das, decorrentes dos preconceitos, dos hábitos, dos precedentes e de algumas das ideologias vigentes (Carr e Kemmis, 1986). A metodologia de investigação-ação utilizada constituiu-se como um processo interativo de questionamento e negociação constante, onde as expectativas dos enfermeiros se foram definindo e redefinindo conjuntamente (Caetano, 2004). Partindo da heterogeneidade e diversidade de experiências dos enfermeiros, caminhamos para a construção de um compromisso, tendo por fim o mesmo objetivo, o desenvolvimento de competências individuais que contribuíssem para o crescimento da equipa, no âmbito do processo de preparação do regresso a casa do membro da família de uma pessoa dependente no autocuidado.

Optámos, tal como Silva (2001), por um posicionamento face ao processo de mudança que fosse gerando gradualmente um ambiente de abertura e aprendizagem, no qual emergiram efetivamente as lógicas em uso, que determinaram os comportamentos frequentemente ocultos nas retóricas defendidas por alguns dos enfermeiros. Estes momentos ajudaram os enfermeiros a conhecerem-se e a consciencializarem-se das suas potencialidades e dificuldades, no sentido de eles próprios se orientarem no processo de mudança, tomando consciência das suas potencialidades (Orofiamma, 1990).

Em primeiro lugar, foi necessário clarificar o problema fazendo emergir os modelos em uso e os modelos expostos que predominavam no serviço, de modo a identificar o problema e planear a mudança. A análise dos modelos em uso foi obtida através do recurso a entrevistas semiestruturadas aos enfermeiros; aos MFPC durante o internamento hospitalar e um mês após o regresso a casa; gravação das reuniões com os enfermeiros; notas de campo das interações observadas, como se descreve no terceiro capítulo. Com o recurso ao *software Nvivo 7®*, as entrevistas foram transcritas e analisadas através do método de comparações constantes (Strauss e Corbin, 1990). A análise qualitativa de todos os achados permitiu-nos identificar as seguintes áreas problemáticas traduzindo a falta de um plano de preparação do regresso a casa:

- Ausência de um processo sistemático de identificação, envolvimento e preparação do MFPC;
- Desconhecimento acerca de quem é o MFPC;
- Inferências sobre os cuidados que os MFPC sabem ou não fazer;
- Falta de informação oral e escrita acerca das decisões e das ações desenvolvidas com os MFPC;

- Falta de comunicação na equipa de enfermagem e interdisciplinar;
- O encaminhamento para a assistente social ocorria geralmente no momento da alta;
- Falta de regularidade no envio de carta de alta;
- MFPC referiram défices de conhecimentos: aspirar secreções, prevenir complicações; posicionar/virar; transferir; prevenir maceração; gerir o regime medicamentoso; assistir na alimentação; assistir na alimentação por SNG; assistir na higiene; assistir no levante; procurar recursos sociais.

A reflexão permanente na procura de alternativas permitiu delimitar a estrutura da ação do enfermeiro no âmbito do processo de preparação do MFPC para a continuidade dos cuidados em casa. Os enfermeiros aceitaram o desafio de refletirem construtivamente momento a momento, situação a situação, fazendo uso dos seus saberes, para, a partir daí, decidirem a estrutura que melhor se ajustasse à vontade do grupo. Esta atitude tornou-se favorável com todo o processo que envolveu a mudança.

A preparação do regresso a casa envolveu mudança na forma de pensar e agir dos enfermeiros, exigindo a utilização de novas regras, que deram corpo a uma nova forma de se posicionarem na equipa de enfermagem, mas também na relação com o MFPC, quarto capítulo. A mudança implicou:

- A redefinição do papel e responsabilidade dos enfermeiros, no âmbito do mesmo, o que incluiu uma estrutura composta por enfermeiro coordenador, enfermeiro de referência e enfermeiro de articulação, cada um com funções definidas;
- A definição do plano de ação a desenvolver;
- A construção de um instrumento de avaliação das dificuldades dos MFPC que possibilitou a identificação das necessidades/dificuldades da pessoa dependente no autocuidado e respetivo MFPC, entendendo-se por autocuidado a capacidade de a pessoa iniciar e executar ações voltadas para o cuidado de si (Orem, 1995);
- Apesar de o instrumento focalizar a atenção relacionada com o domínio da função, o modo de promover os cuidados exigiu a atenção do enfermeiro ao nível das diferentes dimensões do ser humano (pessoa/MFPC), incluindo aqueles aspetos que, como refere Silva (2001), são difíceis de nomear. O instrumento possibilitou o registo das ações que suportaram as diferentes intervenções; *Oportunidade de desenvolvimento; Consciência da necessidade; Disposição para desenvolver a consciência; Desejo de participar e Demonstração da mestria esperada*. Foram estas inter-

venções que conduziram aos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, no âmbito do processo de desenvolvimento de competência dos MFPC. O conhecimento que os enfermeiros possuíam da situação e a intencionalidade que colocaram na ação, conduziram-nos ao modelo que promove a mestria MFPC para o exercício do papel. Todo este processo de análise exigiu um reequacionamento, que teve por base a reflexividade do enfermeiro sobre si próprio e sobre a sua ação, mas também dos enfermeiros em interação.

A mudança possibilitou, quinto capítulo:

- A orientação para a díade pessoa dependente no autocuidado e MFPC. A orientação da ação do enfermeiro para a pessoa dependente e MFPC e a implicação do MFPC no processo foram as atitudes positivas que facilitaram a natureza do processo;
- A implicação do MFPC no processo. A ação do enfermeiro implicou a criação de um clima de confiança. A confiança facilitou a ligação predispondo o MFPC a participar com o enfermeiro no PPRC. Participar no processo incluiu: enfermeiros dispostos a identificarem as oportunidades dos MFPC se desenvolverem, e MFPC dispostos a envolverem-se no processo;
- O reconhecimento de formas diferentes de prestar os cuidados. Estas formas diferentes de cuidar exigiram o planeamento e o desenvolvimento de diferentes tipos de ações: informar, orientar; instruir e treinar;
- As crenças e significados atribuídos ao exercício do papel;
- Os indicadores de processo, dos quais destacamos a vinculação enfermeiro - pessoa dependente – MFPC;
- Os indicadores de resultado.

A preparação do regresso a casa exigiu que o enfermeiro fosse capaz de interpretar o significado singular de cada situação apresentada pelo MFPC, de modo a ajudá-lo a encontrar e a antecipar uma nova ordem, que possibilitasse a continuidade dos cuidados após o regresso a casa da pessoa dependente no autocuidado.

Os dados evidenciaram o impacto da ação do enfermeiro no MFPC, sexto capítulo. Estes dados vêm reforçar a necessidade de se continuar a investir na preparação dos MFPC, pois dos 91 MFPC das pessoas dependentes nos diferentes autocuidados, os enfermeiros identificaram:

- 61 MFPC com *Oportunidades de desenvolvimento* (67,0%);



- 67 MFPC tinham *Consciência da necessidade* (73,6%);
- 52 MFPC revelaram *Disposição para desenvolverem a competência* (57,1%);
- 55 MFPC mostraram *Desejo de participar* (60,4%);
- 79 MFPC *Demonstraram mestria* (86,8%)
- 8 MFPC necessitaram de orientação para apoio da assistente social.

Destacamos a disposição dos MFPC para desenvolverem a competência nos cuidados que representaram as necessidades das pessoas dependentes:

- Higiene, Trocar a fralda, Posicionar e Transferir representaram as necessidades dos doentes, face às quais os MFPC apresentaram maior disposição para desenvolver as competências;
- Alimentar, Deambular e Cuidados com a algália representaram as necessidades das pessoas doentes, face às quais os MFPC apresentaram menor disposição para desenvolver as competências;
- Posicionar, Transferir e Gerir a medicação representaram as necessidades das pessoas doentes, face às quais os MFPC apresentaram maior disposição para participar com os enfermeiros durante o internamento;
- Alimentar, Vestir/Despir e Deambular representaram as necessidades das pessoas doentes, face às quais os MFPC apresentaram menor disposição para participar com os enfermeiros durante o internamento.

Apesar da consciência que os MFPC demonstraram ter da necessidade, esta não significou ter disposição para desenvolver a competência, de acordo com os dados obtidos.

Apesar da consciência da necessidade e da disposição para desenvolverem a competência, alguns MFPC não mostraram vontade para participar com os enfermeiros.

Alguns MFPC demonstraram ter consciência da necessidade de desenvolverem a mestria, no entanto, não mostraram desejo em participar com os enfermeiros durante o internamento.

Destacamos os cuidados a que os MFPC designaram de complexos: a *Aspiração de secreções*; *Ventilação não invasiva*; *Cuidados com Algália*; cuidados com a *Oxigenoterapia* e cuidados com a *Alimentação por SNG*.

A aprendizagem implicou estarem despertos para identificarem sinais/sintomas de agravamento da situação; saberem prevenir complicações, saberem manipular equipamento; prestarem cuidados; gerirem recursos; avaliarem os efeitos dos cuidados na pessoa.

Apesar do PPRC estar muito centrado na melhoria dos resultados da pessoa dependente no autocuidado, é necessária uma maior atenção com as necessidades psicossociais dos MFPC.

O modelo reflete a preocupação que os enfermeiros tiveram com a saúde e o bem-estar dos MFPC, ao encaminharem para as estruturas de apoio e sociais. Sabemos, no entanto, que o apoio obtido nem sempre correspondeu às expectativas dos MFPC.

O modelo de PPRC refletiu, ainda, que o enfermeiro não foi, apenas, aquele que cuidou da pessoa doente, mas foi, também, o que ajudou o MFPC a desenvolver a mestria face à continuidade dos cuidados em casa. Este trabalho foi possível pela vinculação estabelecida.

O PPRC levado a cabo neste contexto teve implicações na estrutura no processo e nos resultados, traduzindo assim:

- Maior consciência e participação de todos no processo;
- Maior articulação na equipa interdisciplinar;
- Aumento da comunicação na equipa face ao PPRC;
- Maior capacidade na identificação das dificuldades dos MFPC;
- Maior capacidade de decidir sobre as intervenções de enfermagem a implementar;
- Maior capacidade de monitorizar os resultados através do reconhecimento da mestria do MFPC.

A competência do enfermeiro traduziu-se, então, na capacidade de gerir eficazmente um conjunto de situações no âmbito do PPRC. A competência surgiu e desenvolveu-se no contexto e exigiu diferentes saberes individuais e coletivos. Como refere Boterf (1994), para agir com competência, o indivíduo deve mobilizar não apenas os seus próprios recursos, mas também saber interagir com os outros.

Os enfermeiros em interação fizeram emergir novos saberes que estruturaram o seu modo de agir (Dubar, 1997). A competência foi, assim, um saber agir que pressupôs mobilizar, integrar e transferir novos recursos, tais como conhecimentos e capacidades, num determinado contexto profissional (Boterf, 1994).

Cada enfermeiro teve oportunidade de produzir saber, no modo como concebeu, geriu e implementou e avaliou o processo, o transformou em termos de aprendizagem e de autorrealização. Ao tirar lições dessa experiência, transformou a sua ação em experiência (Boterf, 1994).

O PPRC exigiu tempo e, acima de tudo, disponibilidade dos profissionais para a sua concretização.

Consideramos que o processo de preparação do regresso a casa se constituiu como um processo dinâmico entre dois subprocessos: *possibilitar*, enquanto dar oportunidade e *facilitar*, enquanto ajudar, decorrendo em etapas: *Apropriação*, *Compromisso* e *Monitorização*, que se interligam e complementam num processo articulado com *Consciencialização*, *Envolvimento* e *Integração*, progredindo à medida que os enfermeiros/MFPC possibilitam e facilitam o desenvolvimento das competências.

O processo de preparação do regresso a casa constituiu-se também como um processo sistémico pela interligação entre os diferentes atores: familiares, profissionais e sociais (Gil, 2007). Os enfermeiros reconheceram que o papel de cuidador transcendeu a mera ação de organização e coordenação do trabalho de cuidados, pela complexidade do carácter sistémico que o processo de cuidados implica (Gil, 2007).

Só reconhecendo o autocuidado, enquanto uma experiência singular, foi possível os enfermeiros adequarem a natureza dos cuidados a proporcionar, de modo a possibilitarem a mestria do MFPC.

O enfermeiro foi aquele que processou e teve em conta, nas tomadas de decisão, as variáveis provindas, quer dos referenciais teóricos que detinham, quer das variáveis situacionais dos problemas da prática para os quais procuraram soluções.

Este modo de se posicionar a nível profissional traduziu a dimensão intencional do sujeito, marcada pelas atitudes e pelos valores que traduziram o interesse, a atenção e o respeito do outro. Foram esses valores que legitimaram o processo de transformação e evolução para um caminho mais humanizado.

A preparação do regresso a casa, sendo um processo complexo que exige a tomada de decisão e partilhada na equipa, não só de enfermagem, mas interdisciplinar, só foi possível pelas respostas integradas e ajustadas às diferentes necessidades das pessoas.

Reconhecendo que esta é uma função que todos os profissionais devem integrar na sua prática, deve continuar a haver um investimento e melhor articulação entre as diferentes equipas.

Destacamos como componentes importantes da transição vivenciada pelo MFPC: tomar consciência, aceitar o desafio, implicar-se na mudança e demonstrar mestria, de forma a ser capaz.

Este estudo fez emergir uma nova teoria (sétimo capítulo) que, estamos crentes, pode ser significativa para a prática. A reflexão e o questionamento crítico surgiram como motores transformadores dos enfermeiros e do sistema onde estes interagiram.

Partindo de um questionamento constante dos modelos em uso, foi possível a reflexão crítica, sistemática e permanente que deu origem à mudança no contexto.

Esta mudança, na prática, orientou-se pela desconstrução das teorias em uso, permitindo um novo olhar, que refletiu um novo agir sobre a prática.

Este novo olhar exigiu uma abordagem centrada na pessoa dependente no autocuidado e MFPC, possibilitando as bases da prática profissional de enfermagem, que permitiram o PPRC.

Ao colocarmos em relevo a compreensão do processo que emergiu da prática, aprofundamos a concepção teórica que nos permitiu a discussão crítica e, posteriormente, a aplicação prática.

Pensamos que esta é uma estrutura que orienta a ação dos enfermeiros, na definição das intervenções de enfermagem no âmbito deste processo.

Os resultados traduzem a importância da ação do enfermeiro no âmbito do processo de desenvolvimento de competência do MFPC. Nos discursos dos MFPC, passou a haver um maior reconhecimento de que os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, promoviam a ajuda. Apesar da inicial centralidade na pessoa dependente, passou a haver o reconhecimento de que os enfermeiros se preocupavam também com os MFPC, pelo modo como os envolviam nos cuidados, até que estes demonstrassem ser capazes.

Acreditamos na estrutura inicialmente proposta, reforçamos a importância dos enfermeiros repensarem novas metodologias de organização de trabalho, de modo a que cada um possa responsabilizar-se pela continuidade dos cuidados aos clientes (pessoa/MFPC) durante o internamento, com vista à preparação do regresso a casa.

Este estudo, ao propor uma teoria de médio alcance, que incorpora ação do enfermeiro com vista à continuidade dos cuidados em casa, partindo das necessidades da pessoa e das dificuldades do MFPC, pode ser orientador da prática, da formação dos estudantes de enfermagem e ser orientador de novas pesquisas em enfermagem.

A presente teoria só foi possível pelos contributos específicos de cada um no processo, isto é, pela capacidade de cada um se desenvolver como pessoa reflexiva e crítica, como afirma Fernandes e Freitas (2006).

A interdependência entre teoria e prática possibilitou o enriquecimento mútuo dos que nela participaram.

Esta teoria mobilizou atitudes intelectuais, centrais na prática dos cuidados de enfermagem, tais como: a análise e resolução dos problemas, o julgamento e pensamento crítico sobre as atitudes, os valores e os princípios fundamentais dos cuidados de enfermagem, sendo estas, algumas das competências de mestria que os enfermeiros colocaram em uso ao longo do PPRC, e que permitiram avaliar a mestria do MFPC, pelo padrão de resposta atingido.

O PPRC vem responder às necessidades de responsabilização e partilha no processo de tomada de decisão dos MFPC. Mas, por outro lado, vem colmatar a lacuna de uma prática centrada num sistema vertical descendente de partilha de informação e de aconselhamento centrado no momento que antecede a alta.

## **8.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Reconhecemos que esta é uma função que todos os profissionais devem integrar na sua prática, devendo continuar a haver um investimento e melhor articulação entre as diferentes equipas. No entanto, num serviço onde convivem várias pessoas, cada uma com o seu modo de ser, de pensar e de agir, é natural e até esperada alguma resistência à mudança.

Entendemos que, no âmbito do PPRC, os diferentes profissionais devem trabalhar num processo de complementaridade, envolvendo sempre o MFPC como elemento integrador da equipa.

Entendemos também que o PPRC não pode depender apenas da boa vontade de alguns enfermeiros e da sua disponibilidade. Cada enfermeiro constrói-se profissionalmente à revelia dos outros, dando-se a si próprio um sentimento de segurança e um aparente controlo sobre si e sobre o que o rodeia, dando voz à sua ação, levando-o por vezes a não se envolver no aprofundamento de si próprio e na interação crítica com o contexto.

A noção de unidade nem sempre coexistiu entre todos os enfermeiros e se construiu como um todo. Alguns dos constrangimentos foram identificados. Os rituais, nos quais se inscrevem algumas práticas, bem como as relações de poder no seio das próprias equipas de saúde dificultam, por vezes, a implementação dos processos de mudança.

A comunicação entre todos é fundamental, pois é através dela que se podem definir os princípios, no sentido de uma articulação adequada dos cuidados. Isto significa que cada área disciplinar se deve comprometer a criar os meios favoráveis à cooperação, coordenando os esforços no sentido de atingir o objetivo no âmbito do PPRC que deveria ser comum, ou seja, ser útil no cuidado à pessoa e membro da família prestador de cuidados.

A confiança nas equipas passa por cada um querer e dever reconhecer a importância que o conhecimento do outro (Kèrouac, 1994) tem na resolução dos problemas de saúde que as pessoas apresentam.

Sabemos que os contextos nem sempre apresentam condições favoráveis, no sentido de se proporcionar uma interação significativa entre os diferentes profissionais.

Para que a interdisciplinaridade seja possível e a prática de enfermagem tenha um impacto real nos planos social e político, é necessário antes de mais que os enfermeiros tenham uma ideia clara dos cuidados a fornecer aos MFPC no âmbito do PPRC. Para isso, é necessário, igualmente, que estes diferentes processos sejam reconhecidos.

Kèrouac (1994) refere que alguns enfermeiros têm a tendência de subestimar o que é da sua competência, mesmo naquelas funções em que o enfermeiro é autónomo, como no processo de educação para a saúde associado aos autocuidados.

No serviço, os gestores, com os seus estilos de liderança (Bolíver, 1997), têm um papel determinante no modo como propiciam e valorizam o grau de iniciativa de cada enfermeiro, como conduzem cada um *per si* e o grupo ao cumprimento das regras de funcionamento, das tarefas atribuídas e das próprias relações que se estabelecem. Cabe aos responsáveis dos serviços proporcionarem as condições que possibilitem a continuidade do PPRC.

Os momentos de passagem de turno são momentos de excelência para a formação contínua, onde é possível refletir na ação e sobre a ação desenvolvida. Ao manterem o incentivo de encontrar novos padrões de pensamento, os enfermeiros desenvolvem a aspiração coletiva e ajudam o grupo a aprender a aprender (Senge, 1999). Esta é uma filosofia a continuar.

Proporcionar condições inclui, ainda, encontrar um espaço onde o enfermeiro possa entrevistar o MFPC e este possa partilhar as suas inquietações. Constatámos que partilhar dificuldades associadas aos cuidados na presença da pessoa dependente no autocuidado, nem sempre se revelou uma tarefa fácil para o MFPC, requerendo este alguns momentos de pri-

vacidade com o enfermeiro, para que pudesse compreender os constrangimentos e sofrimento por que estava a passar, sem que a pessoa dependente deles se apercebesse.

Cada vez mais os serviços devem ter espaços onde os profissionais possam acolher e comunicar com os MFPC com privacidade e dignidade.

O modo como o enfermeiro acolheu e agiu com o MFPC influenciou o envolvimento e participação do mesmo ao longo do processo.

Acreditamos que *“As tecnologias de informação desempenham um papel essencial para a melhoria e segurança dos cuidados prestados e representam um importante suporte para a integração dos diferentes níveis de cuidados e para a centralidade no doente”* (Plano Nacional de Saúde 2011-2016: 2010, p.55). Neste sentido, seria desejável que o serviço fosse dotado de um sistema adequado de partilha de informação que possibilitasse a partilha de dados Hospital/Centro de Saúde, de modo a apoiar em tempo útil o MFPC em casa. Tendo em conta que o Hospital está a criar suportes de registo informáticos, reforçámos esta necessidade junto dos enfermeiros responsáveis por esta área, pois urge uma melhor articulação hospital/comunidade. A evidência (Silva, 2001; Sousa, 2005; Pereira, 2007; Azevedo, 2010) é prova da importância de otimizar a comunicação entre os profissionais, com base na utilização de sistemas de informação electrónicos.

Sugerimos que a carta de alta seja reformulada contemplando as ações desenvolvidas no âmbito do desenvolvimento das competências do MFPC, de modo a que os enfermeiros no Centro de Saúde possam dar continuidade ao desenvolvimento das competências do MFPC.

É desejável que num futuro próximo também a carta de alta seja informatizada. O que poderia garantir que a informação nela contida chegasse em tempo útil ao Centro de Saúde, podendo dar-se, assim, continuidade ao processo de preparação dos MFPC e acompanhar a transição.

## **8.2. SUGESTÕES**

Pensamos que o presente estudo é relevante na definição da ação do enfermeiro a nível da estrutura, do processo e dos resultados, pois é orientador da prática do enfermeiro. Este foi um estudo onde a prática, a formação e a investigação se interligaram e, estamos crentes, se enriqueceram mutuamente. Pretendemos que o PPRC venha a ser progressivamente

aperfeiçoado e outras dimensões possam vir a ser integradas, ampliando o foco da atenção do enfermeiro.

Este estudo, ao propor uma teoria que incorpora ação do enfermeiro com vista à continuidade dos cuidados em casa, partindo das necessidades da pessoa e das dificuldades do MFPC, pode ser orientador da prática, da formação dos estudantes de enfermagem dando pistas para continuar a pesquisar em enfermagem.

Acreditamos que, ao ser integrada nos currículos de enfermagem, poderá ajudar os enfermeiros no desenvolvimento de competências centrais para desenvolverem o PPRC.

Estamos cientes que pode oferecer as bases para a formação ao primeiro nível de enfermagem, possibilitando o desenvolvimento das competências dos estudantes de enfermagem, mas também para a formação ao segundo e terceiro níveis, contribuindo para a refutação e/ou expansão e avaliação desta teoria em diferentes contextos.

Acreditamos que expor os estudantes a diferentes modelos e teorias facilita a aprendizagem e o pensamento crítico (Masters, 1988). O estudante desenvolve uma reflexão mais crítica, procurando novas soluções para os problemas que existem.

São retiradas implicações deste modelo para a integração de uma perspectiva holística da saúde e bem-estar dos MFPC das pessoas dependentes no autocuidado ao longo do PPRC.

Estamos conscientes de que os resultados do estudo, não sendo generalizáveis, podem fornecer dados descritivos, do modo a que os utilizadores possam avaliar a sua aplicabilidade e, quem sabe, replicá-los e/ou adaptá-los a outros contextos e situações (Polit e Hungler, 1995).

Enquanto estrutura, revelou-se ser importante pelo impacto que a ação do enfermeiro teve nos MFPC, traduzido no reconhecimento das competências adquiridas e na consciência de ser capaz.

Urge, no entanto, a realização de estudos que avaliem a autoeficácia do PPRC após o regresso a casa do MFPC.

Claramente, é necessária mais investigação para analisar a correlação entre o cumprimento da intervenção por parte dos MFPC e os resultados na pessoa cuidada.

Apesar de alguns autores considerarem que avaliar os resultados em termos de custos é um aspeto difícil de concretizar (Closs e Tierney, 1993), é necessária a evidência de que o processo de preparação do regresso a casa tem um impacto positivo no MFPC após o regresso da pessoa dependente a casa.



São necessários estudos que permitam conhecer: as características e distribuição geográfica dos MFPC; o valor económico que os cuidados prestados pelos MFPC têm atualmente, estimando-se o total de horas de cuidados informais prestados pelos membros da família, de modo a poderem ser perspetivados os custos em cuidados de saúde associados a uma população que, pelas suas características (aumento das doenças crónicas e incapacitantes, envelhecimento da população), tem tendência a ficar mais dependente de MFPC.

Urge que as políticas de saúde sejam repensadas, de modo a serem definidas as estratégias de apoio financeiro aos familiares que exercem o papel de cuidador, como defendem Lai e Leonenko (2007).

Entendemos que, para além de programas de apoio formal, os MFPC tendem a apreciar a ajuda da sua própria família, mas também, de outras redes de apoio informal como refere Scharlach et al. (2006), o que exige maior intervenção, no sentido de ajudar a promover, construir, desenvolver e fortalecer as diferentes redes de apoio.

Porque a incerteza está presente ao longo do exercício do papel de prestador de cuidados, são necessários estudos que monitorizem de que modo o uso da tecnologia da informação e comunicação pode ser um recurso disponível que possibilita fornecer a ajuda em tempo útil às dúvidas que se colocam aos MFPC em casa.

### 8.3. OBRAS CITADAS

- Andrea M. S, Robert R. C., Carron C., Polly P., Donna S., Jacquelyn L. B., Brad B, Jay W. (2004) Seamless Care: Safe Patient Transitions from Hospital to Home. *Advances in Patient Safety*: Vol. 1, 79-98
- Azevedo, P. M. da S. (2010). *Partilha de informação de enfermagem sobre os prestadores de cuidados: dimensão relevante para a transição de cuidados*. Tese de mestrado Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto. Portugal
- Bolíver, A. (1997). *A escola como organização que aprende*, in: Canário, R. (Org.), *Formação e situações de trabalho*, Porto, Porto Editora, 79-100
- Boterf, G. (1994). *De la competence. Essai sur un attracteur étrange*. Paris, Les Éditions D'organisation
- Caetano, A.P. (2004). *A complexidade dos processos de formação e a mudança dos professores, Um estudo comparativo entre situações de formação pela investigação – ação*. Porto Editora Lda. 192 p.
- Carr, W & Kemmis, S. (1986). *Becoming critical*. Lewes, Falmer Press
- Closs, S. J. & Tierney, A. (1993). The complexities of using a structure, process and outcome framework: the casa of an evaluation of discharge planning for elderly patients. *Journal of Advanced Nursing* 18 (8), 1279-1287.
- Dubar, C. (1997). *A socialização: construção das identidades sociais e profissionais*, Porto, Porto Editora
- Fernandes, M. F. e Freitas, G. F. (2006). *Fundamentos da ética: respeito e reciprocidade*, in: Oguisso, T., Zoboli, E. (Eds) – *Ética e Bioética: desafios para a enfermagem e a saúde*. São Paulo: Manole, 39-43.
- Gil, A.P.M. (2007) – *Heróis do quotidiano. Dinâmicas familiares na dependência*. Tese de doutoramento. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Lisboa. Portugal
- Kèrouac, S. (1994). *La pensée infirmière. Conceptions et stratégies*. Québec. Maloine. Éditions Études Vivantes
- Lai, D. W., & Leonenko, W. (2007). Effects of caregiving on employment and economic costs of Chinese family caregivers in Canada. *Journal of Family and Economic Issues*, 28(2), 411–427.
- Laurel L. N., Maria C. K., Lixin S., Lingling Z., & Darlene W. M. (2010). Interventions With Family Caregivers of Cancer Patients. Meta-Analysis of Randomized Trials. *CA CANCER J CLIN.*; 60 (5), 317–339
- Martins, T, Ribeiro, J.P. e Garrett, C. (2003). *Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais*. *Psicologia, Saúde e Doença*. 4 (1), 131-148
- Master, M (1988). Nursing theory: an eclectic approach in baccalaureate. *Education*. The Kansas Nurse, 1-2

Nolan, M., Grant, G. e Keady, J. (1996). *Understanding family care: a multidimensional model for caring and coping*. Buckingham, Open University Press

Ordem dos enfermeiros (2001) – Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, Setembro, p.16

Orem, D. (1995). *Nursing: concepts of practice*. 5ª Ed. St. Louis. Mosby Year Book.

Orofiamma, R. (1990). *Les competences de 3e dimension, nouvelle intelligence des situations professionnelles?* In: Aubrun, S. e Orofiamma, R. – Les competences de 3e dimension, ouverture professionnelle - Conservatoire National des arts et metiers, Centre de formation de formateurs (C2F), Paris, p.15 - 80.

Pereira, F. M.S. (2007) – *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem*. Tese de doutoramento Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto. Portugal

Polit, D. e Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª Ed. Porto Alegre. Artes Médicas

Portugal (2004) - *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais Saúde Para Todos*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Vol. II – Orientações estratégicas.

Portugal (2010) - *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Cuidados de saúde Hospitalares*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Scharlach, A.E., Kellam, R., Ong, N., Baskin, A., Goldstein, C. & Fox, P.J. (2006). Cultural attitudes and caregiver service use: Lessons from focus groups with racially and ethnically diverse family caregivers. *Journal of Gerontological Social Work*. 47(1/2), 133-156.

Senge, P. (1999). *A dança das mudanças: o desafio de manter o crescimento e o sucesso em organizações que aprendem*. Rio de Janeiro: Campus

Silva, A.A.P. (2001). *Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Tese de doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto. Portugal

Sousa, P.A.F. (2005). *O sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo*. Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, tese de doutoramento

Strauss, A. e Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research; Grounded theory procedures and techniques*. London: Sage



## CAPÍTULO 9: REFERÊNCIAS

---

- Abreu, R. (2007). *O regresso a casa do doente vertebro-medular: o papel do prestador de cuidados*. in: *Psicologia*. com.pt
- Abreu, W. (1994). *Dinâmica de formatividade dos enfermeiros: um subsídio para um estudo ecológico da formação em contexto de trabalho Hospitalar*. Tese de Mestrado, FPCE, Lisboa, Portugal
- Abreu, W. C. (2008). *Transições e contextos multiculturais. Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra. Formasau
- Access Economics (2010) *The economic value of informal care* in: 2010, Report for Carers. Australia, October.
- Alberoni, F. e Veca, S. (1996). *O altruísmo e a moral*. 4ª ed. Bertrand Editora
- Alligood, M.R.e Gunther, M.(2002). A discipline: specific determination of high quality nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 38 (4) p. 353-359.
- Almeida, A.M. F. G. (1997). *Metodologias de investigação em Ciências de Educação. Questões epistemológicas*. VII Colóquio nacional de LAIPELF/AFIRSE
- Amendoeira, J. (1994). *A influência do processo de cuidar, na orientação de alunos em ensino clínico, na perspectiva dos docentes de enfermagem*. Dissertação apresentada na ESEMFR, no âmbito do 4o C.P.A.E., Lisboa.
- Amendoeira, J. (2000). *A O cuidado de enfermagem que sentido*. In: Ensino de Enfermagem. Processos e percursos de formação. Lisboa. DGH. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional, 66-77
- Amendoeira, J. (2003). *Os instrumentos básicos na construção da disciplina de enfermagem: expressões e significados*. Santarém: GIDEA – Grupo de Investigação e Desenvolvimento da Enfermagem em Ação.
- Andrea M. S, Robert R. C., Carron C., Polly P., Donna S., Jacquelyn L. B., Brad B, Jay W. (2004) Seamless Care: Safe Patient Transitions from Hospital to Home. *Advances in Patient Safety*: Vol. 1, 79-98
- Aneshensel, C. S.; Pearlin, L. I.; Mulan, J.T.; Zarit, S. H. e Whittlatch, C. J. (1995). *Profiles in caregiving: The unexpected career*. San Diego: Academic Press.
- Anttila, S. K., Huhtala, H. S., Pekurinen, M. J. e Pitkääjärvi, T. K. (2000). Cost-effectiveness of an innovative four-year post-discharge programme for elderly patients: prospective follow-up of Hospital and nursing home use in project elderly and randomized controls. *Scand J. Public Helth* 28 (1) p. 41-46.
- Ardila, R. (2009). *La ciencia y los científicos. Una perspective psicológica*. Medellín. Colombia. Editorial Universidad de Antioquia

- Argyris, C. (1995). Action science and organizational learning. *Journal of Managerial Psychology*, nº 10 (6), pp 20-26
- Argyris, C. e Schön, D. (1978). *Organizational learning: A theory of action perspective*, Ed. Reading Ma: Addison-Wesley Publishing, Massachusetts
- Argyris, C. e Schön, D. (1982). *Theory in practice: increasing Professional effectiveness*, San Francisco. Jossey- Bass Publishers
- Argyris, C. e Schön, D. (1996). *Organizational learning II: Theory, method and practice*, Reading, Mass: Addison Wesley
- Argyris, C. e Schön, D. (1974). *Theory in practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Azevedo, P. M. da S. (2010). *Partilha de informação de enfermagem sobre os prestadores de cuidados: dimensão relevante para a transição de cuidados*. Tese de mestrado Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto. Portugal
- Baggs, et al. (1997). Nurse-physician collaboration and satisfaction with the decision-making process in three intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 6(5), p.393-399.
- Baider L, Andritsch E, Goldzweig G, Uziely, B., Ever-Hadani, P., Hofman, G., Krenn, G., & Samonigg, H. (2004). Changes in psychological distress of women with breast cancer in long-term remission and their husbands. *Psychosomatics*, 45, 58–68;
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: the exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Bandura, M.L. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Clinical and Social Psychology*, 4, 359-373.
- Bandura, M.L. e Wood, R.E. (1989). Effect of perceived controllability and performance standards on self-regulation of complex decision-making. *Journal of Personality and Social Psychology*. 56, 805-814.
- Bártolo, E. (2007). Formação em contexto de trabalho no ambiente Hospitalar, Lisboa, *Cadernos Climepsi de saúde*
- Basto, M. L. (1998). *Da intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiros*. Lisboa: Rei dos Livros.
- Bello, A. H. (2009). El trabajo non remunerado de cuidado de la salud: naturalización e inequidad. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, Bogotá (Colombia), 8 (17), p.173-185
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra. Quarteto Editora
- Berger, L e Poirier, D (1989) – *Personnes âgées – une approche globale*. Montréal, Ed EEV.
- Bettencourt, A. (2007). *Cuidar da família que cuida: o papel do enfermeiro no apoio à família cuidadora após a alta*. In: Camarro, Isidora; et al. – *aprendendo o cuidado de enfermagem*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende. P.358-381

- Bogdan, R. e Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação. Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto. Porto Editora.
- Bolíver, A. (1997). *A escola como organização que aprende*, in: Canário, R. (Org.), *Formação e situações de trabalho*, Porto, Porto Editora, 79-100
- Bonet, I. Ú. (2009). *Calidad de vida de los cuidadores familiares: evaluación mediante un cuestionario*. Programa de Doctorado de Ciências Enfermeras. Escuela de Enfermería de la Universitat de Barcelona
- Boterf, G. (1994). *De la competence. Essai sur un attracteur étrange*. Paris, Les Éditions D'organisation
- Bover, A. B. (2004). *Cuidadores informales de la salud del ámbito domiciliário: percepciones y estrategias de cuidado ligadas ao género e la generation*. Palma de Mallorca. Tese doutoral. Universitat de les Illes Balears.
- Boyle, D.K. e Kochinda, C. (2004) - Enhancing collaborative communication of nurse and physician leadership in two intensive care units. *Journal of Nursing Administration*, 34 (2), 60-70.
- Braithwaite, V. (2000). Contextual or general stress outcomes. Making choices through caregiving appraisals. *The Gerontologist*, 40, p.706-717
- Bris, H. J. (1994). *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*: Lisboa. Conselho Económico e Social.
- Brito, L.(2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora
- Bryant, A. e Charmaz, K. (2007). *The sage handbook of grounded theory*. SAGE Publications  
British Library Cataloguing in Publication data
- Bull M.G.e Kane R.L. (1996). Gaps in discharge planning. *Journal of Applied Gerontology*. 15 (4) p.486-500
- Bull, M. J. e Roberts, J. (2001). Components of a proper Hospital discharge for elders. *Journal of Advanced Nursing* 35 (4) p. 571-581.
- Bull, M. J., Maruyama, G. e Luo, D. (1995). *Testing a model for post Hospital transition of family caregivers for elderly persons*. Nursing Research. V. 44 (3). pp. 132-145
- Bull, M.J., Hansen, H.E. e Gross, C.R. (2000). Predictors of older and family caregiver satisfaction with discharge planning. *Journal of Cardiovascular Nursing*. April 14, 76-87.
- Burgess, R. (1997). *Métodos de pesquisa de terreno II: A entrevista como conversa*, in: Burgess R. (org.) - *A pesquisa no terreno: uma introdução*, Oeiras, Celta Editores, pp. 111-131
- Cabete, D. G. (1998). O impacte do internamento no idoso. Parte II de II: *Nursing*, Outubro nº137

- Cabete, D. G. (2005). *O idoso, a doença e o Hospital O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures. Lusociência
- Caetano, A. P. (2004). *A complexidade dos processos de formação e a mudança dos professores, Um estudo comparativo entre situações de formação pela investigação – ação*. Porto Editora Lda. 192 p.
- Canário, R. (2000). *A formação de adultos: um campo e uma problemática*, Lisboa, Educa
- Carapinheiro, G e Lopes, N. M. (1997). *Recursos e condições de trabalho dos enfermeiros portugueses. Estudo sociográfico de âmbito nacional*, SEP, Grafinter, Sociedade Gráfica Lda.
- Carpentier, N; Ducharme, F. (2005). Support network transformations in the first stages of caregiver's career. *Qualitative Health Research*, 15 (3), 289-311
- Carr, W & Kemmis, S. (1986). *Becoming critical*. Lewes, Falmer Press
- Casmarrinha, Manuela de Jesus Linhol (2008). *Familiares de doentes oncológicos em fim de vida. Dos sentimentos às necessidades...* tese de mestrado Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto, Portugal
- Cattani, R., e Girardon, P. N. (2004). Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Electrónica de Enfermagem*. 06. (02) p. 254-271
- Cequeira, M. M. (2005). *O cuidador e o doente paliativo. Análise das necessidades/dificuldades do cuidador para o cuidar do doente paliativo no domicílio*. Coimbra: Formasau
- Chappel, N. L. (1991). Living arrangements and sources of caregiving. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 46, S 1-8.
- Chen, C.Y. e Wang, C. (1997). Executive report on the program of the discharge plan for chronically ill patients, *Journal of VGH Nursing*, 14(2), 210–217.
- Chiavenato, I. (1998). *Teoria Geral da Administração* (2 vols.) São Paulo, Makron Books.
- Chick, N. e Meleis, A.I. (1986). Transition a nursing concern. In: Chinn P.L., ed *Nursing Research - Methodology, issues and implementation*. Rockville, Maryland Aspen, 237-257
- Chinn, P. L. e Kramer, M. K. (1995). *Theory and nursing: a systematic approach*, 3ªed., St. Louis, The C.V. Mosby company
- Clare, J. e Hofmeyer, A. (1998). Discharge planning and continuity of care for aged people: indicators of satisfaction and implications for practice. *Journal of Advanced Nursing*. 16 (1), 17-13
- Closs, S. J. & Tierney, A. (1993). The complexities of using a structure, process and outcome framework: the case of an evaluation of discharge planning for elderly patients. *Journal of Advanced Nursing* 18 (8), 1279-1287.
- Coleman, Parry e Chalmers, M. (2006). The care transitions interventions. *Archives of Internal Medicine*. Vol. 166, nº 17



- College and Association of Registered Nurses of Alberta (2008). *Registered Nurse Roles that Facilitate Continuity of Care*. Edmonton
- Collière, M. F (1989) - *Promover a vida*, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Lisboa, 385
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*. 2ª ed. Loures. Lusociência
- Conselho Internacional de Enfermagem (2005) – *CIPE versão 1: classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Cortis, J. (2003). Managing society's difference and diversity. *Nursing Sandart*, 18, 14, 33-39
- Costa, J.S. (1999). *Método e percepção de cuidar em enfermagem*. Tese de Mestrado Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto
- Costa, M. A. (1998). *Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa, Fim de Século
- Cotovia et al. (1996) - Registos de enfermagem... possível influência de um modelo teórico de enfermagem na elaboração das notas de solução. *Enfermagem*, 2 (Abril/Junho), 16-22
- Couceiro, M. do L. (1996). *Reflexão sobre a prática profissional: uma experiência de formação de professores*, in: Formação saberes profissionais e situações de trabalho, vol. II, IV Colóquio Nacional da APELF/AFIRSE, Lisboa, Universidade de Lisboa, pp. 419-428
- Council of Europe Resolution Resap (2003). *3 on food and nutritional care in hospitals*. Disponível em: <https://wcm.coe.int/rsi/CM/index.jsp> - acedido a 1 de Maio de 2009.
- Crist, J. D. (2004) The meaning for elders of receiving family care. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (5), 485-493.
- Cutcliff, J. R. e McKenna, H. P. (2005). *The essential concepts of nursing*. New York. Elsevier Limited. p. 125-140
- Dailey, R.C. e Kirk, D.J. (1992). Distributive and procedural justice as antecedents of job dissatisfaction and intent to turnover. *Human Relation*. 45, (3), p.305-313
- Davies, S. e Nolan, M. (2004). Making the move: relative's experiences of the transition to a care home. *Health and Social in the Community*. 12 (6) p. 517-526.
- De la Cuesta, B. C. (2006). Aquí cuidamos todos: assunto de individualidad versus colectividad en un estudio sobre cuidados en la casa de pacientes con demência avanzada. *Forum Qualitative Social Research* 2006 Disponível on-line em: <http://www.qualitative-research.net/fgs-s.htm> acedido em 12-2-2010
- De la Cuesta, C. (1999). Contribución de la investigación cualitativa al campo de la salud. In: *Sinaia Vitais*, nº 27. Nov. p. 33-35
- De la Cuesta, C. B. (1997). Características de la investigación cualitativa y su relación con la enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería* 1997; XV (2): p.13-24.

- De la Cuesta, C. B. (2003). *Cuidado artesanal: Un estudio cualitativo sobre el cuidado familiar de pacientes con demencia avanzada*. Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
- De la Cuesta, C. B. (2004). Cuidado familiar en condiciones crónicas: una aproximación à la literatura. Texto e Contexto Enfermagem. Vol. 13, nº 001. p.137-146. Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil.
- Denzin, N. K. e Lincoln, Y. S. (1998). *Strategies of qualitative inquiry*. Thousand Oaks: Sage Publications
- Denzin, N.K. (2000). *Un punto de vista interpretativo*. In: Denman CA, e Haro JA. Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social. Sonora: Colegio de Sonora. p. 147-205.
- Dinis, C. M. R. (1997) – *Envelhecimento e qualidade de vida no concelho de Faro*. Coimbra Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina
- Dowswell, G., et al. (1999). *Investigating recovery from stroke: a qualitative study*, <http://web31.epnetcom/resultlist.asp?> Acedido em 12/08/2005
- Driscoll, A. (2000). Managing post-discharge care at home an analysis of patients` and their carers` perceptions of information received during their stay in Hospital *Journal of Advanced Nursing* 31 (5) p. 1165-1173.
- Dubar, C. (1997). A socialização: construção das identidades sociais e profissionais, Porto, Porto Editora
- Ducharme, F. e Trudeau, D. (2002). Qualitative evaluation of a stress management intervention for elderly caregivers at home: a constructivist approach. *Issues Mental Health Nursing*. 23 (7) p. 691-713.
- Elliott J. (1997). *La investigación-acción*. Ediciones Morata. Madrid. 3ª ed.
- Encarnação, M.F. (1999). *Envelhecendo com dependência: revelando cuidadores*. *Intervenção Social* Lisboa. Ano 9.20, (1999) p.179-187.
- Ennuyer, B. (1998). 1973-1997, a genealogia da prestação específica da dependência. *Gerontologie et société*, nº 84, p.31-52
- Ennuyer, B. (2001). *Ces vieux que l'on dit «dépendants»* - In J. Chabert, B. Ennuyer, D.Grunwald, C. Gucher, P. Haehnel e M-È. Joël, *Vivre au grand âge: angoisses e ambivalences de la dépendance*. Paris: Éditions Autrement, p. 9-65.
- Erickson, F.(1986). Why title trial doesn't work as a metaphor for educational research: a response to schrag. *Educational Researcher*, 21 (5), p.9-11
- Escuredo, B. R. (2001). Cuidadores informales: necessidades y ayudas. *Revista ROL Enf. Barcelona*. Vol. 24. nº 3. p. 139-144
- European Federation of Older Persons - EURAG (2004). Making palliative care a priority topic on the European health agenda.

Ezel, Mac D. e Pugnaire G. C. (1991). Follow-up of generic master's graduates: visibility of a model of nursing in practice. *The Canadian J. of Nursing Research*, 23 (3), 9-20

Family Caregiver Alliance (2006). *Caregiver Assessment: Principles, Guidelines and Strategies for Change*. Report from a National Consensus Development Conference (Vol. I). San Francisco: Author.

Feinberg, L.F (2002). The state of the art: caregiver assessment in practice settings. *Family Caregiver Alliance National Center on Caregiving*

Fernandes, E.M. e Almeida L.S. (2001). *Métodos e técnicas de avaliação: contributos para a prática e investigação psicológica*. Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia

Fernandes, M. F. e Freitas, G. F. (2006). *Fundamentos da ética: respeito e reciprocidade*, in: Oguisso, T., Zoboli, E. (Eds) – *Ética e Bioética: desafios para a enfermagem e a saúde*. São Paulo: Manole, 39-43.

Ferreira, J. M., Neves, J. e Caetano, A. (2001). *Manual de psicossociologia das organizações*. Mc Graw-Hill. Lisboa

Ferreira, L. et al. (2007). *Só acredito em Deus e em vocês. In Aprendendo o cuidado de enfermagem: Entre a prática e a escrita a construção da competência clínica*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende

Ferreira, S. (2002) *O prestador informal de cuidados à pessoa idosa alvo de apoio domiciliário integrado. Uma análise exploratória como suporte à garantia da efetividade de um programa de promoção de saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Monografia elaborada no âmbito da dissertação apresentada para obtenção de grau de mestre do Curso de Mestrado em Saúde Pública. Lisboa, Portugal

Figueiredo, D. e Sousa L. (2008) – *Perceção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência*. Saúde dos Idosos. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 26(1). p. 1-24

Figueiredo, M. H. de J. S (2009). *Enfermagem de família: um contexto de cuidar*. Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal

Figueiredo, M.C.A.B. (2002). *Necessidades em cuidados de enfermagem das famílias de crianças com doença cardíaca congénita: uma abordagem sistémica da família*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar

Figueiredo, R. M. de S. de A. (2007). *A pessoa em fim de vida no hospital. Modelos de cuidados que emergem da documentação de enfermagem* - Tese de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, Portugal

Figueiredo, R.M e Turato, E.R. (2001). Needs for assistance and emotional aspects of caregiving reported by aids patient caregivers in a day-care unit in Brazil. *Issues Mental Health*

Fiske, J. (2005). *Introdução ao estudo da comunicação*. Porto: Edições ASA

- Flaskerud, J. H. e Tabora, B. (1998). Health problems of low-income female caregivers of adults with HIV/AIDS. *Health Care for Women International* 19 p.23-36 Disponível on-line em Acedido em 16/01/2006
- Fleury, M. T. L e Fleury A. (2001) *Construindo o conceito de competência*. RAC, Edição Especial. p.183-196
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa. Monitor
- Fontana, A. e Frey J.H. (1998). *Interviewing: The Art of Science*. In: Denzin NK, Lincoln YS. *Colectinng and Interpreting Qualitatives Materials*. London: SAGE Publications; p. 47-78.
- Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Gauthier, B. (2003) - *Investigação social: da problemática à colheita de dados*. Loures: Lusociência
- Gibbon, B. (1988). O stress nos familiares dos doentes. *Nursing*, nº 11, p.46-48
- Gil, A.P.M. (2007) – *Heróis do quotidiano. Dinâmicas familiares na dependência*. Tese de doutoramento. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Lisboa. Portugal
- Glaser, B. G. e Strauss, A. L. (1967). The Discovery of Grounded Theory: *Strategies for Qualitative Research*, Chicago, Aldine Publishing Company
- Goodhead, A e Macdonald, J. (2007). *Informal caregivers literature Review*. A report prepared for the National Health Committee
- Grady, K.L.(2008). Self-care and quality of life outcomes in hearth failure patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23, 285-292
- Grimmer K.A., Moss J.R. e Gill T.K. (2000). Discharge planning quality from the career perspective. *Quall Life Res*; 9:1005-1013.
- Grow, P., Berg, S.; Smith d. e Ross D. (1999). Care co-ordination improves quality-of-care at South Auckland Health. *Journal Quality of Clinical Practctice*. 19(2), 107-110
- Guba, E. (1990). *The paradigm dialog*. London: Sage
- Guba, E. e Lincoln, Y. 1994) – *Competing paradigms in qualitative research*. Newbury Park, CA: Sage Publications
- Guskey, T.R. (1985). Staff development and teacher change. *Educational Leadership*, v. 42, n. 7, p. 57-60.
- Hale, R. e Whitlam, P. (2000) – *Powering up performance management: an integrated approach to getting the best from your people*. Gower Publishing Limited. England. University Press, Cambridge.
- Harris, A; Parker, N. e Barker, C (1998). Adults with sickle cell disease: psychological impact and experience of Hospital services. *Psychology, Health and Medicine*, 3; (2); p 171-179

- Harrison, M. B. (2004). Editorial Convidado: Transições, Continuidade e Prática da Enfermagem. *CJNR*. 36 (2)
- Harrison, M. B., Browne, G., Roberts, J., Graham, I. D., e Gafni, A. (1999). Continuity of care and bridging the inter-sectoral gap: A planning and evaluation framework. *National Academies of Practice Forum: Issues in Interdisciplinary Care*, 1(4), 315-326.
- Heaton e Arksey (1999). Carers` experiences of hospital discharge and continuing care in the community. *Health and Social Care in the Community*, 7 (2) p. 91-99
- Hébert, R. et al. (2003). Efficacy of a psychoeducative group program for caregivers of demented persons living at home: a randomized controlled trial. *The Journals of Gerontology; Series B; Psychological sciences and social. Sciences*. Québec. 58 (1), S 58-67.
- Hedberg, B (1981). *How organizations learn and unlearn*, in: Nystrom, P.e Starbuck, V. (Eds.) *Handbook of organizational design* (vol. 1), Oxford University Press, Oxford, pp. 3-27
- Henderson, V (2007). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem CIE*. Loures. Lusociência. 74 p.
- Herrera, G. M. (1998). Nuevos desvaríos en políticas sociales: La Community Care. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*; 82: p.249 - 281.
- Hesbeen, W. (2006). *Trabalho de fim de curso, trabalho de humanidade. Emergir como o autor do seu próprio pensamento*. Lusociência
- Holland D.E., Harris M.R., Pankratz V.S., Closson D.C. ,Matt-hensrud N.N.e Severson M.A. (2003). Prospective evaluation of a screen for complex discharge planning in Hospitalized adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 51 (5) p. 678-682.
- Holland, D. E., et al. (2003). Prospective evaluation of a screen for complex discharge planning in Hospitalized adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 51 (5) p. 678-682.
- Holland, J.C. (1989). *Now we tell but how well?* *Journal of Clinical Oncology*, 7,
- Hopkins, D., Ainscow, M. e West, M. (1994). *School improvement in an era of change*. London: Cassell
- Houghton, A., Bowling, A., Clark, K.D.; Hopkins, A.P.; e Jones I. (1996). Does a dedicated discharge coordinator improve the quality of Hospital discharge? *Journal of Quality Health Care*. 5 (2), 89-96
- Hudson, P., Aranda, S. e Mc Murray, N. (2002). Intervention development for enhanced lay palliative caregiver support – the use of focus groups. *European Journal of Cancer Care*. 11 (4) 262-270
- Im, E. O. e Meleis, A.I. (1999). A situation specific theory of menopausal transition of Korean immigrant woman. *Image Journal of Nursing Scholarship*. 31, 333-338
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra. Formasau.

- IMSERO. (1995). *Cuidados en la vejez; el apoyo informal*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- International Council of Nurses. (2002). Nurses always for you: caring for families. Geneva: ICN
- Jackson, M.F. (1994). Discharge planning: issues and challenges for gerontological nursing: a critique of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. 19 (3) p. 492-502
- Jansky, S. (2004). The nurse-physician relationship: Is collaboration the answer? *The Journal of Practical Nursing*, 54(2), p.28-30.
- Jewell, S.E. (1993). Discovery of the discharge process: a study of patient discharge from a care unit for elderly people. *Journal of Advanced Nursing*. 18 (8) p. 1288-1296
- Joël, M-E. (2001). *L'Europe de la dépendance* - In J. Chabert, B. Ennuyer, D. Grunwald, C. Gucher, P. Haehnel e M-É. Joël, *Vivre au grand âge: angoisses e ambivalences de la dépendance* Paris: Éditions Autrement, p. 171-189.
- Kanter, R.M. (1993). *Men and Women of the Corporation*. New York: Basic books
- Karla, L., Evans, A.; Perez, I.; Melbourn, A.; Pate, A.; Knapp, M.; Donalson, N. (2004). Training carers of stroke patients: randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 328. (7448). p. 1099-1104
- Kemmis, V. M. (1993). An action research and social movement: a challenge for policy research. *Educational for Policy Analysis Archives* 1 (1) Disponível on-line em: <http://epaa.asu.edu/epaa/v1n1.html> Acedido em 20/2/2009
- Kèrouac, S (1994). *La pensée infirmière. Conceptions et stratégies*. Québec. Maloine. Éditions Études Vivantes
- Kerr, S.M. e Smith, L.N. (2001). Stroke: an exploration of the experience of informal caregiving. *Clinical Rehabilitation*. 15 (4) p. 428-436. Disponível on-line em: <http://search.epnetcom/login.aspx?> Acedido em 22/12/2005
- Kincheloe, J. L. (1993). *Towards a critical politics of teacher thinking. Mapping the postmodern Connecticut*. Bergin e Garvey.
- King, I.M. (1981). *A theory for nursing. Systems, concepts, process*. New York. John Wiley e Sons.
- Kirk, J. e Miller, M. (1986). *Reliability and validity in qualitative research*. Beverly Hill: Sage
- Kotkamp-Mothes, N., Slawinsky, D., Hindermann, S., e Strauss, B. (2005). Coping and psychological well being in families of elderly cancer patients. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 55, 213–229
- Kralik, D. (2002). The quest for ordinariness: transition experienced by midlife women living with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 39, (2), p. 146 - 154
- Kralik, D., Visentin K., Van Loon, A. (2005). Transition: a literature review. *Journal Compilation. Journal of Advanced Nursing*, 55, (3), p. 320-329

- Kramer M. e Schmalenberg, C. (1997). *Path to biculturalism*, Wakefield, (MA). Contemporary Publishing INC.
- Kubler-ross, E. (2008). *Acolher a morte. Uma maravilhosa mensagem de esperança para todos os que perderam alguém próximo*. 1ª Edição. Estrela Polar.
- Lage, M. I. G. de S. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo Do impacto do cuidado no prestador de cuidados*. Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto Portugal.
- Laham, C. F. (2003). *Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar*. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, tese de mestrado.
- Lai, D. W., & Leonenko, W. (2007). Effects of caregiving on employment and economic costs of Chinese family caregivers in Canada. *Journal of Family and Economic Issues*, 28(2), 411–427.
- Laurel L. N., Maria C. K., Lixin S., Lingling Z., & Darlene W. M. (2010). Interventions With Family Caregivers of Cancer Patients. Meta-Analysis of Randomized Trials. *CA CANCER J CLIN.*; 60 (5), 317–339
- Lawton, Kleban, Moss, Rovine e Glicksman (1989). Measuring caregiving appraisal. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 44, p.61-71
- Lazurus, R. S.e Folkman, S. (1984). *Estros e processos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Leininger, M. (1991). Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: *National League for Nursing*, 1991, 160 p.
- Lewin, K. (1946). Action research and minority problems. *Journal of Social Issues*, 2, p. 34-46.
- Lima, M. L. P. (1993). *Atitudes*. In: VALA, Jorge; Monteiro, M. Benedicta - Psicologia social Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 167 – 199
- Lopes, J. M. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra. Formasau.
- Loukissa, D.A. (1995). Family burden in chronic mental hillness: a review of research studies. *J. Adv. Nurs.*, 21 (2). P.248-255
- Mandon, N. (1990). *Un exemple de description des activités et des compétences professionnelles: l'emploi-type secrétaire de vente*” in: Les analyses du travail. CEREQ, mars
- Manley, K. (1989). *Primary Nursing in Intensive Care*. Harrow: Scurati Press.
- Mant, J., Carter, J., Wade, D. T. e Winner, S. (1998). The impact of an information pack on patients with stroke and their carers: randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 12(6): p.465-476.
- Maramba, P. J., RichardS, S. e Larrabee, J.H. (2004). Discharge planning process. Applying a model for evidence-based practice. *Journal of Nursing Care Quality*. 19 (2) 123-129.

- Marrs, J.A e Lowry, L.W. (2009) - Nursing theory and practice: connecting the dots. In: Reed P.G.; Shearer, N.B.C. (2009) – *Perspectives on nursing theory*. 5<sup>th</sup> Ed Lippincott Williams, Wilkins, Philadelphia.
- Martin, C. (2000). Cuidados de enfermagem e complexidade. Complexidade e cuidados de enfermagem. In: *Ensino de Enfermagem. Processos e percursos de formação*. Lisboa. DGH. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional p. 14-25
- Martín, I., Paúl, C. e Roncón, J. (2000). *Estudo de adaptação e validação da Escala de Avaliação do Cuidado Informal*. Psicologia, Saúde e Doenças. 1 (1), 3-9.
- Martins, C. R. E. A. (2000) – As necessidades dos familiares dos doentes oncológicos. *Revista Enfermagem Oncológica*
- Martins, J. P. (2003). *Programação da alta hospitalar do idoso, um contributo para a continuidade dos cuidados*. Porto: Instituto de Ciências Abel Salazar. Tese de Mestrado
- Martins, M. M. M. (2002). *Uma crise acidental na família. O doente com AVC, processos familiares/aceitação/dependência*. Formasau e Saúde, Lda, Coimbra
- Martins, T, Ribeiro, J.P. e Garrett, C. (2003). *Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais*. Psicologia, Saúde e Doença. 4 (1), 131-148
- Martins, T. (2006). *Acidente vascular cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.
- Martins, T. Ribeiro, J. L. e Garrett C. (2004). Questionário de avaliação da sobrecarga do prestador de cuidados (QASCI) – reavaliação das propriedades psicométricas. *Revista referência* nº11, Março
- Master, M (1988). Nursing theory: an eclectic approach in baccalaureate. *Education*. The Kansas Nurse, 1-2
- Mcbride, R.C. (1995). An audit of current discharge planning arrangements and their effectiveness on elderly care wards and community nursing services together with aspects of client satisfaction. *Journal of Nursing Management*. 3 (1) p.19-24.
- Meleis A.I. (1991). *Theoretical nursing development and progress*. 2<sup>a</sup> ed, Philadelphia J B Lippincott
- Meleis A.I. e Trangenstein, P.A. (1994) - Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. 42 (6), 255-259.
- Meleis A.I., Sawyer, L.M., Im, E.O., Messias, A.K.H. e Schumacher K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle range theory. *Advanced Nursing Science*. 23 (1), 12-28.
- Meleis, A. I. (1991). *Theoretical nursing development and progress*. 2<sup>a</sup> ed, Philadelphia J B Lippincott
- Meleis, A. I. (1997). *Theoretical Nursing: Development and Progress* – 3<sup>a</sup> ed., J.B. Lippincott Company, Philadelphia, cap. 4, p. 49 - 69



- Meleis, A. I. (2010). *Theoretical development of transitions. Role insufficiency and role supplementation: a conceptual framework*. In: Meleis, A. I. – *Transitions theory*. Middle. Springer Publishing Company. p. 13-24
- Meleis, A. I. e Price, M.J. (1988). Strategies and conditions for teaching theoretical nursing: an international perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 13, 592-604
- Meleis, A. I. e Trangenstein, P.A. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. 42 (6) p. 255-259. Disponível on-line em: <http://search.epnetcom/login.aspx?> Acedido em 10/12/2005
- Meleis, A. I. e Trangenstein, P.A. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. 42 (6) p. 255-259.
- Meleis, A.I., Sawyer, L.M., Im, E.O., Messias, A.K.H. e Schumacher K. (2000) - Experiencing transitions: an emerging middle range theory. *Advances Nursing Science* 23 (1) p. 12-28.
- Messias, D.K.H. (2004). *Transiciones: teorías de Rango Medio*. Colombia: Universidade de la Sabana
- Meyer, J. (1995). Stage in the process: a personal account. *Nurse Research*. Mar; 2. (3) p. 24-37
- Mezey, M., Harrington, C. e Kluger, M. (2004). Nursing expertise in caring for older adults. *The American Journal of Nursing*. 104(9), 72 p.
- Mistiaen P., Duijnhouwer E., Wijkel D., DeBont M. e Veeger A. (1997). The problems of elderly people at home one week after discharge from an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*. 25 (6) p. 1233 - 1240.
- Monteiro, M. e Santos, M. R. (1998). *Psicologia*. Porto Editora. 351 p.
- Morano, CL e Bravo, M. (2001) – A Psycho educational Model for Hispanic Alzheimer's Disease Caregivers. *The Gerontologist* 2002; 42(1), 122-126.
- Moreira, I. M.P.B. (2001). *O doente terminal em contexto familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Formasau, Coimbra
- Morris, J. (1993). *Independent Lives: community care and disabled people*. London: Macmillan.
- Morrison, P. (2001) - *Para compreender os doentes*. Lisboa: Climepsi
- Morse, J. M., Solberg, S.M., Neander, W.L., Bottorff, J.L. e Johnson, J.L. (1990). Concepts of caring and caring as a concept. *Advances in Nursing Science*, 13 (1), p.1-14
- Morse, J.M., Anderson, G. e Bottorff, J.L. (1992) - *Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice?* *Journal of Nursing Scholarship*. 24 (4), 273-280.
- Nadeau, R (1999) – *Vocabulaire technique et analytique de l'épistémologie*. Paris, PUF
- Naylor, M.D. (2002). Transitional care of older adults. *Review of Nursing Research*. 20 p.127-147

- Ndaba-Mbata, R. D. and Seloilwe, E. S. (2000). Home-based care of the terminally ill. in Botswana: knowledge and perceptions. *International Nursing Review*, 47: 218–223.
- Neno, R. (2004). Spouse caregivers and the support they receive: a literature review. *Nursing older people*, 16, p. 14-16.
- Newcomer, R., Graham, C.G., Sotelo, E. e Anderson, L. (2004). Nursing home transition: implementing the program providing assistance to caregivers in transition (PACT).
- Newman, M. A. (1990). Newman's theory of health as praxis. *Nursing Science Quarterly*, 3, p. 37-41
- Nieto C. M. (2002). *Ante la enfermedad de Alzheimer: pistas para cuidadores y familiares*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Nolan, M. e Grant, G. (1989). Addressing the needs of informal carers: a neglected area of nurse's practice. *Journal of Advanced Nursing*, 14 (5) P. 950-961
- Nolan, M. e Grant, G. (1993). Action research and quality of care: a mechanism for agreeing basic values as a precursor to change. *Journal of Advanced Nursing*. 18 (2) p. 305-311.
- Nolan, M., Grant, G. e Keady, J. (1996). *Understanding family care: a multidimensional model for caring and coping*. Buckingham, Open University Press
- Norris, C.M. (1979). Self-care. *American Journal of Nursing*, 3, 486-489
- Nunes, L. A. (1995). As dimensões formativas dos contextos de trabalho, *Inovação*, 8, p. 233-249
- O'Brien, R. (1998). An overview of the methodological approach of action research. Disponível on-line em: <http://www.web.net/~robrien/papers/arfinalhtml>. Acedido em 06/06/2005.
- Oliveira, A. e Pimentel, F. (2005). O desempenho dos cuidados informais na avaliação da qualidade de vida nos doentes oncológicos. *Psicologia, Saúde e Doença*, 7 (2) p. 211-219
- Ordem dos enfermeiros (2001) – *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Revista da Ordem dos Enfermeiros*, Setembro, p.16
- Orem, D. (1995). *Nursing: concepts of practice*. 5ª Ed. St. Louis. Mosby Year Book.
- Orofiamma, R. (1990). *Les competences de 3e dimension, nouvelle intelligence des situations professionnelles?* In: Aubrun, S. e Orofiamma, R. – Les competences de 3e dimension, ouverture professionnelle - Conservatoire National des arts et metiers, Centre de formation de formateurs (C2F), Paris, p.15 - 80.
- Parker, S.G. (2002). A systematic review of discharge arrangements for older people. *Health Technology Assessment*. NHS ReD HTA Programmed 6 (4).
- Parse, R. R. (1989). Essentials for practicing the art of nursing. *Nursing Science Quarterly*, 2, 111
- Parse, R.R. (1992). Human becoming: Parse's theory of nursing. *Nursing Science Quarterly*, 5, 35-42

- Patrirk M., Anneke I. F. e Else, P. (2007). Intervention aimed at reducing problems in adult discharge from Hospital: a systematic meta-review. *BMC Health Services Research*, 7:47 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/47>
- Patterson, J. M. (1989). A family stress model: the family adjustment and adaptation response, In: C. N. Ramsey (ed.), *Family systems in medicine*. (p. 116-150). New Work: Guild Publications.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research e evaluation methods*. Third Edition. California: Sage Publications.
- Paúl, C. (1996). *Psicologia dos idosos: o envelhecimento em meios urbanos*. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina
- Pazos, M. S. (2002). Algunas reflexiones sobre la investigación-acción colaboradora en la educación. *Revista electrónica de Enseñanza de las Ciencias*. 1(1) Disponível on-line em: <http://www.saum.uvigo.es/reec/volumenes/volumen1/Numero1/Art3.pdf>. Acedido em 16/01/2006
- Pearlin, L. I. e Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. e Skaff, M.M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30, 583-594.
- Pearlin, L. I. e Skaff, M. M. (1996). Stressed and life course: A paradigmatic alliance. *The Gerontologist*, 36(3), p.239-247.
- Pera, I.P. (2000). El cuidador Familiar. Una Revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. *Revista de Enfermería y Humanidades*. Ed. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.
- Pereira, F. M.S. (2007) – *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem*. Tese de doutoramento Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto. Portugal
- Pereira, F. M.S. (2007). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem*. Tese de doutoramento Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto, Portugal
- Pereira, I. C. B. F. (1995). *Manifestação das intervenções de cuidar independentes e interdependentes em enfermagem*. Tese de mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.
- Pereira, M. G e Lopes C. (2002). *O doente oncológico e a sua família* – 1ª edição, Lisboa, Climepsi Editores
- Petronilho, F. A. S. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra. Formasau. 216 p.

- Pierce, S. (2000). Para melhor Cuidar dos doentes no fim da vida: Colheita de sugestões dos familiares: *Servir* 48, (4). 193-202
- Pinquart, M. e Sorensen, S. (2003). Differences between caregivers and no caregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18 (2), p.250-267.
- Polit, D. e Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª Ed. Porto Alegre. Artes Médicas
- Portugal – *Ministério da saúde* – Decreto - Lei nº 101/2006. Rede nacional de cuidados continuados integrados. Diário da República 1ª Série, (109), 6 de Junho de 2006, p.3856-3865. Disponível on-line em: [http://www.adse.pt/document/Decreto\\_Lei\\_101\\_2006.pdf](http://www.adse.pt/document/Decreto_Lei_101_2006.pdf) Acedido em 20/6/2008
- Portugal - Ministério da Saúde. Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da Atividade da Rede Nacional de Cuidados Integrados em (2008). Abril em: <http://www.mcci.min-saude.pt> acedido 24-08-2009
- Portugal (2004) - *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais Saúde Para Todos*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Vol. II – Orientações estratégicas.
- Portugal (2010) - *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Cuidados de saúde Hospitalares*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Portugal, Instituto Nacional de Estatística (2009). Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. I.P., Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.
- Portugal, Instituto Nacional de Estatística (INE) Censo 2001 – Projecções de População Residente, segundo sexo e grandes grupos etários, Portugal NUTS III (NUTS 2001), 2000-2005 CENÁRIO BASE
- Portugal. *Ministério da Saúde*. Direcção-Geral da Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, V.II – Orientações estratégicas
- Potter, P. A. e Perry, A.G. (2006). *Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos*. (5ª ed.) Loures: Lusociência.
- Prieto M.A., e March J.C. (2002). *Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales*. Atención Primaria; 29 (6): p. 366-373.
- Probst, G.J. B (1998). *Penser global et management*. Paris. ed. Organisation
- Ramazanoglu, C. e Holland, J. (2002). *Feminist Methodology. Challenges and Choices*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications
- Reel S.J., Morgan-judge t, Peros D.S. e Abraham I.L. (2002). School- based rural case management: a model to prevent and reduce risk. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. Jul; 14 (7), 291–6.
- Rittman, M., Faircloth, C. e Boylstein, C. (2004). The experience of time in the transition from Hospital to home following stroke. *Journal of Rehabilitation Research e development*. 41 (3) p.

- Roach, S.M.S.(1993). *The human act of caring: a blueprint for the health professions*. Ottawa: Canadian Hospital Associations.
- Robinson, L., Francis, J. (2005). Caring for carers of people with stroke: developing a complex intervention following the Medical Research Council framework, <http://web19.epnet.com/resultlist.asp?> Acedido em 12/08/2005
- Roca, R. M; Ubeda, B. I, Fuentelsaz, G.C; López, P. R e Pont, R. A. (2000). Impact of caregiving on the health of family caregivers. *Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria*. Sep 15; Vol. 26 (4), p. 217-23
- Rodriguez, B et al. (2001). Cuidadores informales – necesidades y ayudas. Ver. ROL E nf. 24 (3) p.183-189
- Rolim, C. e silva M. (2002). *O papel do enfermeiro e do cuidador na descodificação do processo de internação*. Disponível on-line em: <http://www.Pronep.com.br> Acedido em 1/11/2008
- Roper, N. Logan, W.W. e Tierney, A.J (1996). *The elements of nursing: a model for nursing based on a model of living*. 4ª ed. Edimburgh: Churchill Livingstone
- Rosa, J. C. e Basto, M. L. (2009). Necessidade e necessidades. Revisitando o seu uso em enfermagem, *Pensar Enfermagem*, Vol. 13, nº1
- Roy, C e Roberts, S. (1981). *Theory construction in nursing: an adaptation model*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall
- Roy, C. (1997). Future of the Roy adaptation model: Challenge to define adaptation. *Nursing Science Quarterly*, 10 (1). P. 42-48
- Ryan, J.W. (1999). *Collaboration of the nurse practitioner and physician in long-term care*. Lippincott's Primary Care Practice, 3(2), 127-134.
- Saiote, A.T. (1992). *Registos de enfermagem: da teoria à prática. Dissertação do Curso de Administração de Serviços de Enfermagem*. ESSE de Maria Fernanda Resende, Lisboa
- Salvage, A.V. (1996). *Qui prendra soin d'eux? Perspectives d'aide familiale aux personnes âgées dans l'Union Européenne*. Luxembourg : Fondations l'amélioration des conditions de vie e de travail
- Sanches, I. (2005). Compreender, agir, mudar, incluir: da investigação-ação à educação inclusiva. *Revista Lusófona de Educação*. 5 p. 127-142.
- Santos, C. S. V. de B. (2003). *Representação cognitiva e emocional, estratégias de coping e qualidade de vida no doente oncológico e família*. Tese de Doutoramento Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Porto. Portugal
- Santos, P. A. (2005). *O familiar cuidador em ambiente domiciliário. Sobrecarga física, emocional e social*. Monografia elaborada no âmbito da dissertação apresentada para obtenção de grau de mestre do Curso de Mestrado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, Portugal

- Savundranayagam, M. Y.; Hummert, M. L. e Montgomery, R. J.V. (2005). Investigating the effects of communication problems on caregiver burden. *Journal of gerontology: Social Sciences*. 60b, nº, p. 48-55
- Scharlach, A.E., Kellam, R., Ong, N., Baskin, A., Goldstein, C. & Fox, P.J. (2006). Cultural attitudes and caregiver service use: Lessons from focus groups with racially and ethnically diverse family caregivers. *Journal of Gerontological Social Work*. 47(1/2), 133-156.
- Schumacher, K. L., Stewart B. J. e Archbold P. G. (1998). Conceptualization and measurement of doing family caregiving well. *Journal of Nursing Scholarship*, 30 (1), 63-69
- Senge, P. (1999). *A dança das mudanças: o desafio de manter o crescimento e o sucesso em organizações que aprendem*. Rio de Janeiro: Campus
- Shi, S.L. (1995). Evaluation on the implementation of discharge nursing plan. *Journal of VGH Nursing*, 12(3), p. 340–346.
- Shyu, Y. L. (2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from Hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*. 32 (3) p. 619-625.
- Sidani, S. (2011). *Self-care*. In: Doran, M. Diane – *Nursing outcomes*. Ed Learning. The states of the science. University of Toronto. Canada
- Silva, A.A.P. (2001). *Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Tese de doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto. Portugal
- Smith, D.S. (1995). Standards of practice for case management. *Journal Care Manage*. Oct; 1(3), 7.
- Smith, L. M., Lawrence, M. Kerr, S. M., Langhorne, P. e Lees, K. R. (2004). Issues and Innovations in Nursing Practice - Informal carers' experience of caring for stroke survivors. *Journal of Advanced Nursing*, 46(3): 235-244.
- Soothill, K. Morris, S. M., Harman, J. C., Francis, B., Thomas, C. e McIlmurray, M. B. (2001). Informal carers of cancer patients: what are their unmet psychosocial needs? *Health and Social Care in the Community*, 9(6): 464-475
- Sousa, P. A. (1995). *As representações da morte no ensino de enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto, Portugal
- Sousa, P.A. F. (2005). *O sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo*. Tese de doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto, Portugal
- Spradley, B.W. (1981). *Community health nursing: Concepts and practice*. Boston: Little, Brown
- Stevens-Barnum, B.J. (1998). *Nursing theory: analysis, application, evaluation*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott

- Strauss, A.; Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research; Grounded theory procedures and techniques*. London: Sage
- Streubert, H. e Carpenter, D.R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem. Avançando o imperativo humanista*. (2ª ed.) Loures: Lusociência
- Styles, M.M. (1993). Macro trends in nursing practice: what's in the pipeline. *Journal of Continuing Education in Nursing*. 24 (1), p. 7-12
- Susman G. e Evered, R. (1978). An assessment of the scientific merits of action research. *Administrative Science Quarterly*. 23 p. 582-603
- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, Vol. 40 (3), 161-166
- Tavares, J. e Alarcão, I. (1985). *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem*. Coimbra, Livraria Almedina,
- Thiollent, M. (1998). *Pesquisa-ação nas organizações*. 8ª ed. São Paulo: Cortez
- Tomey, A. M. e Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra. (Modelos e teorias de enfermagem)*. Loures. Lusociência. Edições técnicas e científicas Lda. 750 p.
- Triantafillou, J., et al. (2010). Informal care in the long-term care system. *European Overview Paper*. Interlinks. p. 67. Disponível on-line em:  
[http://www.euro.centre.org/data/1278594816\\_84909.pdf](http://www.euro.centre.org/data/1278594816_84909.pdf). Acedido em 27/02/2011
- Úbeda, I., Roca M.e García V. L. (1997). Presente y futuro de los cuidados informales. *Enfermería Clínica*; 8(3): 116-120
- Verhaeghe, J.-C, Wolfs, J. L. e Compère, D. (2010) – *Praticar a Epistemologia: um manual de iniciação para professores e formadores*. São Paulo, Ed. Loyola.
- Verissimo, C.M.F. e Moreira, I.M.P. (2004). Os cuidadores familiares - informais: cuidar do doente idoso dependente em domicílio. *Pensar Enfermagem*. 8 (1) p. 60-65
- Videira, M (1991). *Os enfermeiros e o seu envolvimento na melhoria da qualidade dos registos de enfermagem*. Dissertação apresentada no Curso de Administração de Serviços de Enfermagem. ESSE Dr. Ângelo da Fonseca, Coimbra.
- Vieira, M. (2000) - *Sobre as Teorias Éticas*. Texto de apoio da disciplina: Ética e Deontologia Profissional da Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição.
- Vieira, M. (2008). Ser enfermeiro. *Da compaixão à proficiência*. 2º ed. Lisboa. Universidade Católica. Editora Campus do saber, 16
- Wade, D.T., Gage, H, Owen C., Trend, P., Grossmith C. e Kaye J. (2003) - Multi-disciplinary rehabilitation for people with Parkinson's disease: a randomized controlled study. *Journal Neurol Neurosurg Psychiatry*; 74: 158-162.
- Wallis, S. (1998). Changing practice through action research. *Nurse Researcher*. Winter, 6 (2) p.5 – 15

- Walsh, S.M., Estrada, G.B. e Hogan, N. (2004). Individual telephone support for family caregivers of seriously ill cancer patients. *Medsug Nursing*. 13 (3) p. 181-189.
- Watson, J. (1985). *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boulder co: Colorado Associated University Press, 23-35
- Watzlawick, P. (1978). *The language of change*. New York: Basic Books,
- Watzlawick, P.; Weakland, J. e Fisch, R. (1975). *Changements, paradoxes et psychothérapies*. Paris: Seuil.
- Weir, V. e Clark (1999). *The experiences of caregivers as care receivers while caring at home for family members who are terminally ill*. M.S.N. Dissertation, D'Youville College, United State – New York. ProQuest Nursing e Allied Health Source database
- West, M. (1990). *Social psychology of innovation in groups, Innovation and Creativity at Work: Psychological and Organizational Strategies*, M.A. West, J. FARR (eds.), UK: John Wiley e Sons, Chichester
- West, M., Garrod, S e Charletta, J. (1997). *Group, decision-making and effectiveness: Unexplored boundaries. Creating Tomorrow Organizations: A Handbook for future research in organizational behavior*, C.L. Cooper, S. E. Jackson (eds.), UK: John Wiley e Sons, Chichester
- Whittemore, R., Chase, S. e Mandle, C. L. (2001). *Qualitative Health Research* Disponível online em: <http://qhr.sagepub.com/cgi/content/abstract/11/4/522> Acedido em 26-6-2008
- Wilcox, V. kasl, S. e Berkman, L. (1994). Social support and physical disability in older people after Hospitalization: a prospective study. *Health Psychology*, nº13, (2), p. 170-179
- Wiles, R., Pain, H. Buckland, S. e McLellan, L. (1998). Providing appropriate information to patients and carers following a stroke. *Journal of Advanced Nursing*. 28 (4) p. 479-488.
- Wilkes, L. e White, K (2005). The family and nurse in partnership: Providing day-to-day care for rural câncer patients. *Australian Journal of Rural Health* 13 (2), 121-126
- World Health Organization (2002). *Lesson for Long-Term Care Policy. The cross-clusters initiative on long-term care*. Genève: WHO
- Wyller, T. B. e Kirkevold, M. (1998). How does a cerebral stroke affect quality of life? Towards and adequate theoretical account. *Disability and Rehabilitation*, <http://web19.epnetcom/resultlist.asp?> Acedido em 12/8/2005



## **CAPÍTULO 10:      ANEXOS**

---



**I. Anexo - Carta Comissão de Ética do hospital entregue  
23-08-2006**



Isabel Carvalho Beato Ferraz  
Pereira  
Alameda das Linhas de Torres nº  
92, 3º andar  
1750-146 Lumiar  
TM 962679436

Ao Conselho de Administração do  
Hospital Pulido Valente

Ao cuidado da Senhora Enfermeira Diretora  
C. dos Santos Bатуca

**Assunto: Pedido de autorização para realização de trabalhos de investigação**

Isabel Carvalho Beato Ferraz Pereira, enfermeira, portadora do BI Nº 5756859 de 30/08/2002, do Arquivo de Identificação de Lisboa, mestre em Ciências de Enfermagem e professora - coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Artur Ravara, a frequentar o Programa de Doutoramento em Enfermagem, pela Universidade Católica Portuguesa, tendo apresentado e visto aceite pela Universidade a proposta de tese de doutoramento sob o título “ *Do Hospital para casa: Estrutura da ação de enfermagem. Uma teoria de médio alcance*”, **venho solicitar autorização para desenvolver, nesse hospital, o trabalho de investigação científica que lhe está subjacente.**

O trabalho de investigação que me proponho desenvolver, conforme o Projeto<sup>1</sup> aceite que anexo a esta carta, respeita ao domínio disciplinar da Enfermagem e ao trabalho quotidiano do enfermeiro, e aborda a área temática inerente ao regresso a casa da pessoa dependente hospitalizada, concretamente, do Hospital para casa: estrutura da ação de enfermagem. Esta pesquisa tem por finalidade, desenvolver um modelo, baseado num contexto, estruturador da ação de enfermagem, tendo em vista aumentar o repertório de recursos internos do cliente e/ou familiar prestador de cuidados para fazer face aos desafios colocados pela transição no nível dos cuidados.

Envolverá como participantes, (a) pessoas dependentes hospitalizadas, (b) o familiar/pessoa significativa prestador(a) de cuidados e (c) os enfermeiros que lhes prestam cuidados.

Como procuro fundamentar no Projeto que apresento, pelo fenómeno, objetivos e relevância do estudo, considero ser um Serviço de Medicina o contexto da prática de cuidados mais conveniente ao desenvolvimento da pesquisa. Assim, penso que o Serviço de Pneumologia IV, poderá

---

<sup>1</sup> O projeto que agora apresento corresponde àquele que submeti à Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde e que foi aceite o registo provisório em 14/07/06.

reunir características (internamento de clientes de ambos os sexos) e condições favoráveis ao desenvolvimento da pesquisa, a qual naturalmente, requer um longo período de contato com o Serviço (de acordo com o cronograma que acompanha o projeto).

Conforme a estratégia traçada e sujeita ao parecer do professor orientador, Professor Doutor Abel Paiva, desejo realizar, previamente, um estudo preliminar ao trabalho de investigação central à tese (como expresso no cronograma do estudo), que me permitirá aferir a questão de investigação e as opções metodológicas. Pela natureza das metodologias de colheita de dados propostas – observação não participante (sem envolvimento pessoal na prestação directa de cuidados) e entrevistas (semi-estruturadas ou informais) – haverá toda a vantagem em concretizar ambos os estudos (preliminar e estudo principal) no mesmo contexto/serviço, criando-se desde o início do trabalho o ambiente e relações mais propícias ao desenvolvimento cientificamente correto do projeto.

Naturalmente, um trabalho de investigação desta natureza comporta questões e preocupações de natureza ética, as quais desenvolvo no ponto 3.7 do Projeto.

Assim, venho por este meio, submeter este projeto à apreciação de V. Ex<sup>as</sup>, **renovando o pedido de autorização para desenvolver na organização por V. Ex<sup>as</sup> dirigida os diferentes momentos do trabalho de investigação que apresento.**

Agradecendo antecipadamente toda a atenção que possa ser dispensada a este pedido, fico a aguardar a V. resposta, colocando-me à disposição de V. Ex<sup>as</sup> para prestar os esclarecimentos que venham a considerar necessários.

Respeitosamente

---

(Isabel Ferraz Pereira)

Lisboa, 22 de Agosto de 2006

## **II. Anexo - Consentimento Direção de Enfermagem Comissão de Ética**







**CES**

(Comissão de Ética para a Saúde)

**PARECER PARA**

(Estudos; Projectos Investigação; Teses Mestrado; Estudos Observacionais; Recolha de Dados ; Registos Observacionais; Doutoramentos)

REFERENCIA PROJECTO	Tese Doutoramento em Enfermagem pela UCP : "Do Hospital para casa: estrutura da acção de enfermagem. Uma teoria de médio alcance"
INVESTIGADOR	Enfª Coordenadora Isabel Ferraz Pereira
SERVIÇO/INSTITUIÇÃO:	Mestre em Ciências de Enfermagem e Profª Coordenadora da ESEAR
LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO :	Serviço Pneumologia III
O Estudo foi apreciado e avaliado na reunião de 23 Outubro 2006, pelos membros da Comissão de Ética: Dra. Maria do Carmo Gouveia; Dra. Cristina Fernandes; Dr. Parente Martins; Dra. Olga Avila Gomes; Enfª. Maria da Graça Martinho ; Profª Dra. Eugenia Pereira; Dr. Luis Telo	
DECISÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA	<b>Tomámos conhecimento. Nada a opôr. Parecer favorável à realização do Estudo</b>
<u>Observações</u>	

Data : 23 Outubro 2006

A Presidente da Comissão de Ética

Profª Doutora Maria Eugénia Pereira



### **III. Anexo - Consentimento informado MFPC**



**CONSENTIMENTO**

**CONCORDO COM A REALIZAÇÃO DOS DOIS MOMENTOS DE ENTREVISTA, QUE DECORRERÃO UMA DURANTE O INTERNAMENTO HOSPITALAR E A OUTRA UM MÊS APÓS O REGRESSO DO MEU SIGNIFICATIVO A CASA.**

**LISBOA, \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 2007**

**MEMBRO DA FAMÍLIA PRESTADOR DE CUIDADOS**

---



#### **IV. Anexo - Guião da 1ª entrevista MFPC 30-1-2007**





GUIÃO DE ENTREVISTA MEMBRO DA FAMÍLIA PRESTADOR DE CUIDADOS  
(MFPC)

Código MFPC .....

INTRODU- ÇÃO	COMENTÁRIO
1. Relembra a finalidade do trabalho	De acordo com cada situação
2. Explica:	Objetivos Estrutura Gravação dos dados Tratamento dos dados Confidencialidade
3. Solicita consentimento informado	Obter consentimento por escrito
4. Objetivos da entrevista	Caracterizar a perceção dos MFPC relativamente aos desejos colocados pelo exercício do papel: durante o internamento hospitalar da pessoa dependente no autocuidado. Identificar os fatores que dificultam, na perspectiva dos MFPC, a transição saudável para o papel de prestador de cuidados.
5. Questões:	<u>Questões orientadoras da entrevista</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>Quando teve consciência de que estava num processo de se converter num prestador de cuidados?</li> <li>O que significa para si ser o principal prestador de cuidados?</li> <li>Quais as razões que o levaram a ser o principal prestador de cuidados?</li> <li>Quais os cuidados que o seu familiar poderá ter necessidade quando regressar a casa?</li> <li>De que modo pensa assegurar esses cuidados?</li> <li>Quais são as estratégias que pensa desenvolver, no sentido de assumir os cuidados em casa?</li> <li>Quais os recursos que pensa necessitar no sentido de assistir nas necessidade de cuidados do seu familiar?</li> <li>A quem pensa recorrer no sentido de obter ajuda, se necessário?</li> <li>Que tipo de dificuldades poderá vir a ter?</li> <li>A que se poderão dever essas dificuldades?</li> <li>Que mudanças poderão vir a ocorrer na sua vida, pelo facto de ser o principal prestador de cuidados?</li> <li>Estas alterações vão mudar os seus hábitos de vida? Porquê</li> <li>Sente-se preparado para regressar a casa com o seu familiar?</li> <li>Durante o internamento hospitalar que tipo de ajuda obteve para cuidar do seu familiar em casa?</li> <li>Quem a/o ajudou nesse processo até este momento?</li> <li>Que tipo de ajuda pensa ainda vir a obter durante o internamento hospitalar, de modo cuidar do seu familiar em casa?</li> <li>Qual será o impacte do assumir de cuidados no seu bem-estar?</li> </ol>



**V. Anexo - Guião da 2ª entrevista MFPC - 7-1-2007**



GUIÃO DE ENTREVISTA MFPC após o regresso a casa

Código prestador de cuidados

.....

INTRODUÇÃO	COMENTÁRIO
1 – Relembra a finalidade do trabalho	De acordo com cada situação
2 – Explica:	Objetivos Estrutura Gravação dos dados Tratamento dos dados Confidencialidade
3 – Solicita consentimento informado por escrito	Obter consentimento por escrito
4 – Objetivos da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caracterizar a perceção dos MFPC relativamente aos desejos colocados pelo exercício do papel um mês após o regresso da pessoa dependente no autocuidado a casa.</li> <li>• Identificar os fatores que dificultam, na perspectiva dos MFPC, a transição saudável para o papel de prestador de cuidados.</li> </ul>
5 – Questões:	<p><u>Questões orientadoras da entrevista</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Como se está a adaptar ao seu novo papel de ser um prestador de cuidados em casa;</li> <li>2. Quais as ações que o ajudaram a cuidar do seu familiar;</li> <li>3. Em que momento essas ações ocorreram;</li> <li>4. Porque considera que essas ações foram facilitadoras do assumir os cuidados em casa;</li> <li>5. Quais as mudanças que ocorreram nos seus próprios processos de vida desde que chegou a casa</li> <li>6. A que se devem essas mudanças</li> <li>7. Quais foram para si os momentos mais difíceis desde que regressou a casa com o seu familiar dependente;</li> <li>8. Como conseguiu ultrapassar esses momentos difíceis;</li> <li>9. Quais as principais dificuldades face aos cuidados que está a desenvolver neste momento em casa;</li> <li>10. A que se devem estas dificuldades;</li> <li>11. A quem pensa recorrer no sentido de superar essas dificuldades</li> <li>12. Há mais algum aspeto que gostasse de referir</li> </ol>



## **VI. Anexo - Guião de entrevista enfermeiro - 7-1-2007**





### GUIÃO DE ENTREVISTA ENFERMEIROS

Código enfermeiro

.....

INTRODUÇÃO	COMENTÁRIO
1 – Relembra a finalidade do trabalho	De acordo com cada situação
2 – Explica:	<b>Objetivos</b> <b>Estrutura</b> <b>Gravação dos dados</b> <b>Tratamento dos dados</b> <b>Confidencialidade</b>
3 – Solicita consentimento informado por escrito	Obter consentimento por escrito
4 – Objetivos da entrevista	<b>Caracterizar a perceção dos enfermeiros sobre o modelo de exercício profissional em uso, relativamente às terapêuticas de enfermagem promotoras de transições saudáveis dos MFPC face ao exercício do papel de prestador de cuidados.</b>
<b>5 – Questões:</b> <b>Gostaria que me descrevesse a sua intervenção junto dos membros familiares prestadores de cuidados de pessoas dependentes no autocuidado</b>	<u><b>Questões orientadoras da entrevista</b></u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quais as terapêuticas de enfermagem que desenvolve com os MFPC que facilitam as transições saudáveis;</li> <li>• Quando inicia o processo de preparação do regresso a casa;</li> <li>• Como identifica o membro da família prestador de cuidados;</li> <li>• Como surge o prestador de cuidados no contexto hospitalar;</li> <li>• Quais as mudanças que o assumir de cuidados podem desencadear nos padrões fundamentais de vida do cliente e/ou prestador de cuidados;</li> <li>• Quais as práticas que costuma desenvolver que considera facilitadoras do exercício do papel;</li> <li>• Como envolve o membro familiar no planeamento do regresso a casa</li> <li>• Que tipo de registo efectua face às intervenções desenvolvidas com o MFPC</li> </ul>



## **VII. Anexo - Protocolo de intervenção**



**Protocolo 2007**

<b>PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO ENTRE INVESTIGADOR / ENFERMEIROS DO SERVIÇO</b>	<b>PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO COORDENADOR</b>	<b>PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REFERÊNCIA</b>
<p>Informar sobre o que provam as evidências relativamente ao impacto da transição de cuidados no bem-estar dos prestadores de cuidados por défice de envolvimento destes no planeamento do regresso a casa; Partilhar os resultados do estudo exploratório e facilitar o expressar de significados acerca do modelo em uso/modelo exposto de planejar o regresso a casa junto dos enfermeiros; Promover a reflexão acerca do processo de preparação do regresso a casa; Promover a reflexão sobre o tipo de informação escrita e oral que é veiculada e fornecida ao MFPC no sentido do envolvimento e preparação do plano de regresso a casa; Orientar os enfermeiros na identificação de problemas / necessidades / dificuldades veiculadas pelos familiares prestadores de cuidados Participar com as diferentes equipas de enfermagem na construção do IADMFPC Orientar na implementação do IADMFPC e construção de um plano individual de cuidados Orientar os enfermeiros na determinação das diretrizes para a construção de um plano de intervenção, facilitador do processo de transição de cuidados</p> <p>Orientar na preparação de reuniões formais e informais com enfermeiro coordenador do projeto de preparação do regresso a casa e os enfermeiros de referência;</p> <p>Orientar individualmente cada enfermeiro no envolvimento do prestador de cuidados na realização de cuidados diretos ao cliente</p>	<p>Promover a vinculação sólida e contínua entre enfermeiro de referência /MFPC</p> <p>Orientar individualmente cada enfermeiro de referência no planeamento e implementação do plano de regresso a casa.</p> <p>Promover a articulação entre MFPC e equipa terapêutica</p> <p>Assegurar que os enfermeiros de referência preencham - folha de colheita de dados de enfermagem; instrumento de avaliação das necessidades do MFPC; registos em notas de evolução</p>	<p>Entrevista Enfermeiro/MFPC- conhecimento mútuo e identificação de oportunidades de desenvolvimento</p> <p>Preenchimento do IADMFPC</p> <p>Planeamento das intervenções específicas com cada MFPC</p> <p>Avalia a consciência que o MFPC tem da necessidade de ser ajudado</p> <p>Avalia a disposição para desenvolver a competência</p> <p>Avalia o desejo de participar:</p> <p>higiene; despir/vestir; trocar fralda; cuidados com algália; uso sanitário/arrastadeira; deambular; posicionar; alimentar; alimentar por sonda nasogástrica; aspirar secreções; oxigenoterapia, ventilação não invasiva; gerir a medicação</p> <p>Implementação das terapêuticas de enfermagem específicas a cada MFPC: Adequa o conhecimento (informar/permitir ver fazer e ou fazer) no sentido de assegurar os cuidados instrumentais (físicos e técnicos) e prevenir riscos (prevenir aspiração; desidratação; obstipação, desnutrição, maceração; acidentes; úlceras de pressão)</p> <p>Adequa o conhecimento acerca dos equipamentos necessários e modo de os utilizar</p> <p>Adequar o conhecimento acerca estruturas de apoio</p> <p>Capacita o MFPC através da participação nos cuidados</p> <p>Avalia a capacidade de desempenho</p>

Data---/---/--- -----



**VIII. Anexo - Instrumento de avaliação das dificuldades do  
MFPC - (IADMFPFC)**





DO HOSPITAL PARA CASA: ESTRUTURA DA AÇÃO DE ENFERMAGEM

*Uma teoria de médio alcance*

<b>Identificação do doente:</b> ----- Idade.....		<b>Dados relativos ao MFPC</b>		<b>Avaliação</b>		
<b>Diagnóstico</b> ..... .....  <b>Sala</b> ..... <b>Cama</b> .....	Data admissão.../.../...  Data alta prevista.../.../...  Data alta.../.../...	Nome:				
		Parentesco:	Esposa ___, Marido ___, Filho(a) ___, Outro _____		1. <sup>a</sup>	___/___/___
		Co-habita:	Sim ___, Não ___		2. <sup>a</sup>	___/___/___
		Idade:	_____ (anos)		3. <sup>a</sup>	___/___/___

	Dependência para o autocuidado			Competências do MFPC					
	Independente	Depende de equipamentos	Depende de pessoas	Demonstra capacidade	Identifica oportunidade de desenvolvimento	Tem consciência da necessidade	Tem disposição para desenvolver competência	Deseja participar	Necessidade da Assistente social
<b>Higiene</b>									
Banho na cama									
Banho no chuveiro									
Lava partes do corpo									
<b>Vestir / Despir</b>									
Ajudar a vestir									
Ajudar a despir									
<b>Trocar fralda</b>									
Trocar fralda									
Prevenção de maceração									
<b>Cuidados com a algália</b>									
Trocar saco colector de urina									
<b>Uso sanitário/arrastadeira</b>									
Ajudar uso da sanita									
Ajudar uso da arrastadeira									
<b>Deambular</b>									

## DO HOSPITAL PARA CASA: ESTRUTURA DA AÇÃO DE ENFERMAGEM

*Uma teoria de médio alcance*

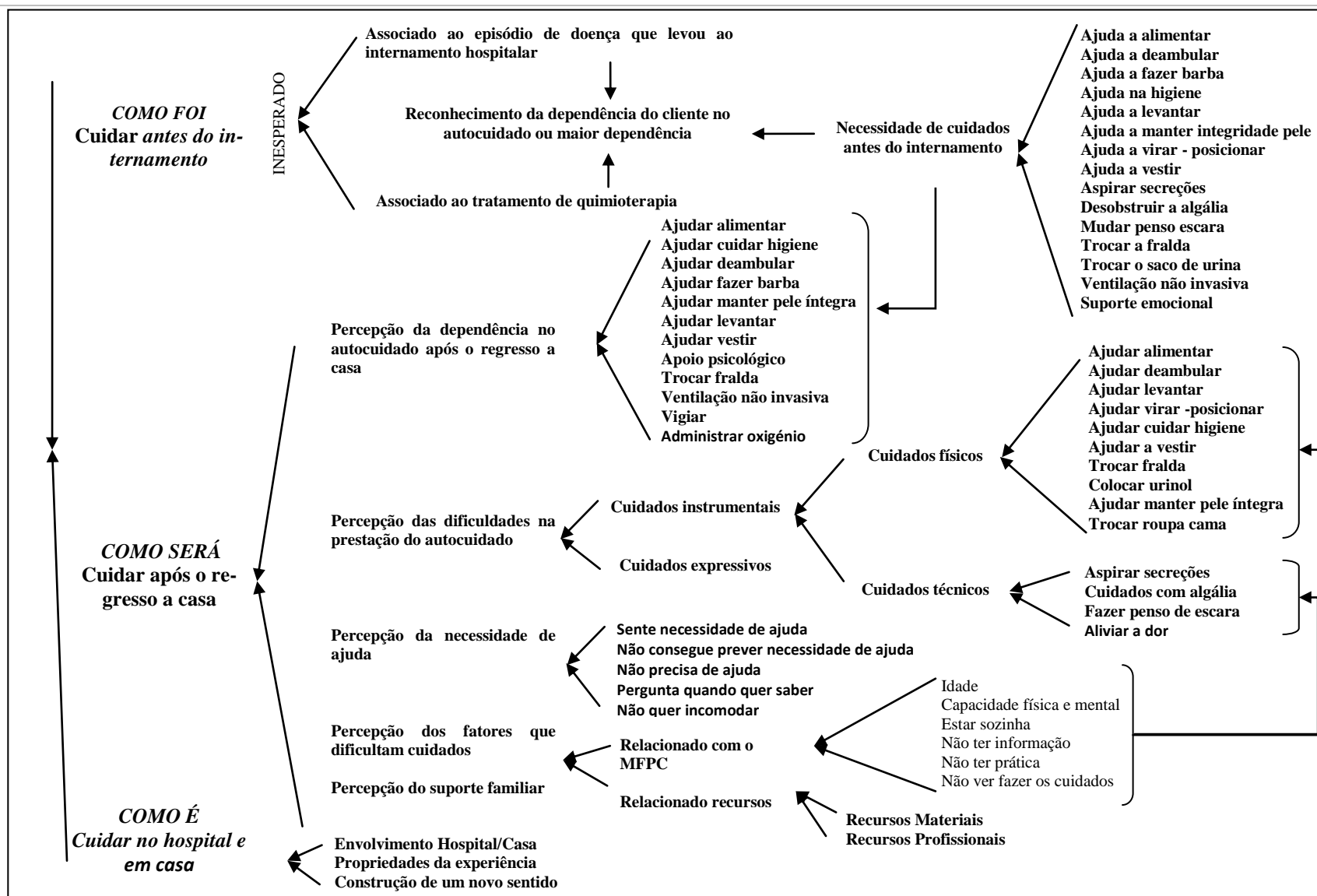
<b>Posicionar</b>									
Mudar de decúbitos									
Prevenir lesões na pele									
<b>Transferir</b>									
Transferir da cama para a cadeira									
Transferir da cadeira para a cama									
<b>Alimentar</b>									
Ajudar partir os alimentos									
Ajudar dar os alimentos à boca									
Ajudar a dar água									
<b>Alimentar por sonda (NG)</b>									
Preparar os alimentos									
Prevenir aspiração – posicionar									
Conferir posição da SNG									
Administrar a alimentação									
Manter SNG limpa									
<b>Aspirar secreções</b>									
Preparar o aspirador									
Assistir na aspiração									
Limpa/lava equipamento									
<b>Oxigenoterapia</b>									
Controlar débito									
Colocar e fixar cânula nasal/máscara									
Lavar/secar máscara									
<b>Ventilação não invasiva</b>									
Ligar e manter parâmetros do ventilador									

Colocar máscara									
Lavar e secar máscara									
Trocar filtros									
<b>Gerir Medicação</b>									
Medicação per-ós									
Medicação tópica									
Medicação inalatória									
Avalia a glicemia capilar									
Prepara e administra insulina									



**IX. Anexo - Preparação do regresso a casa: dos modelos em uso e dos modelos expostos - Análise do conteúdo às entrevistas aos MFPC e aos enfermeiros e notas de campo das reuniões e interações observadas**





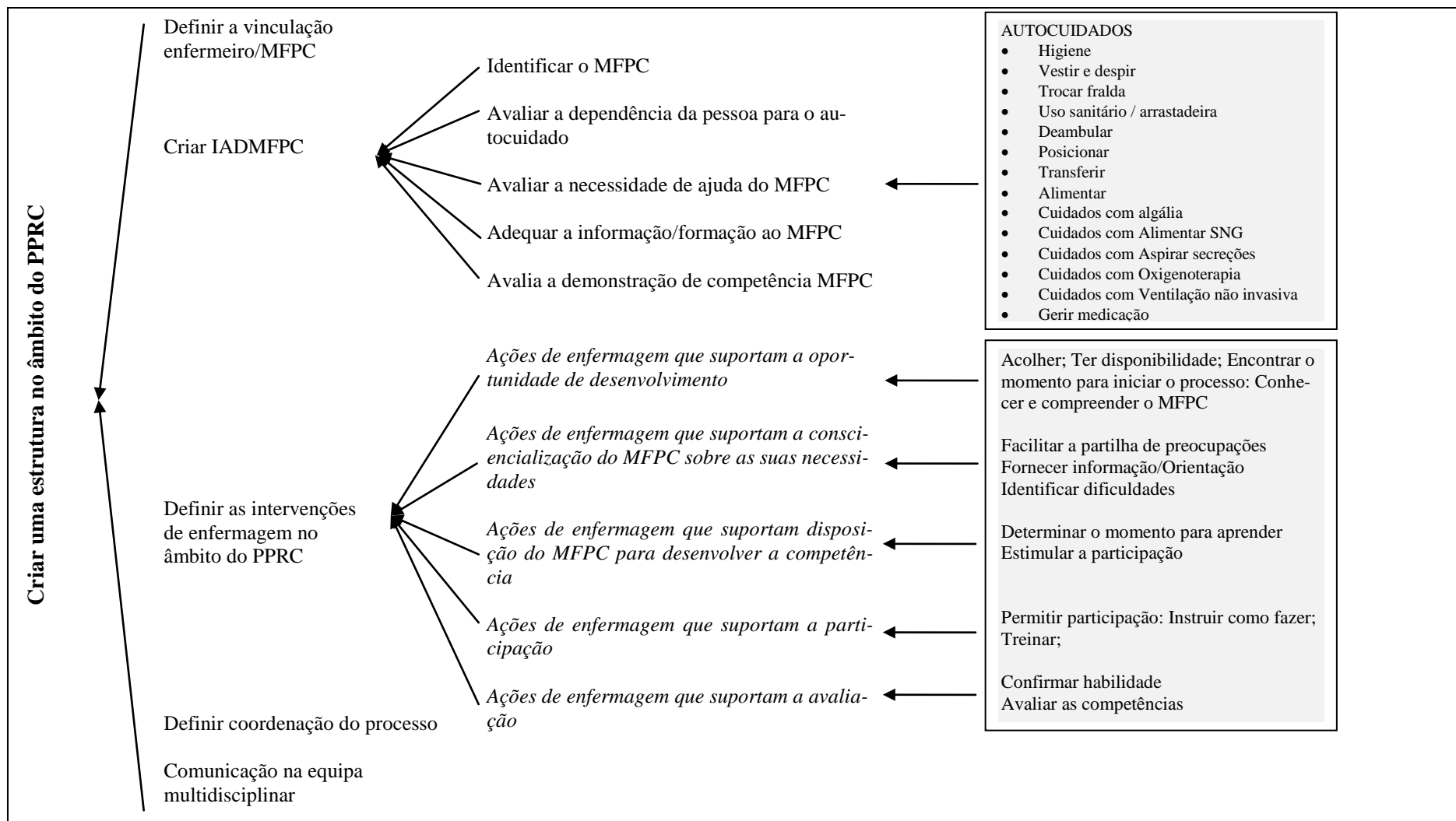




**X. Anexo - Do problema e das oportunidades de desenvolvimento, ao planeamento da mudança**

**Análise do conteúdo referente às notas de campo das reuniões com os enfermeiros centradas no Planeamento - Outubro de 2008 a Fevereiro de 2009**

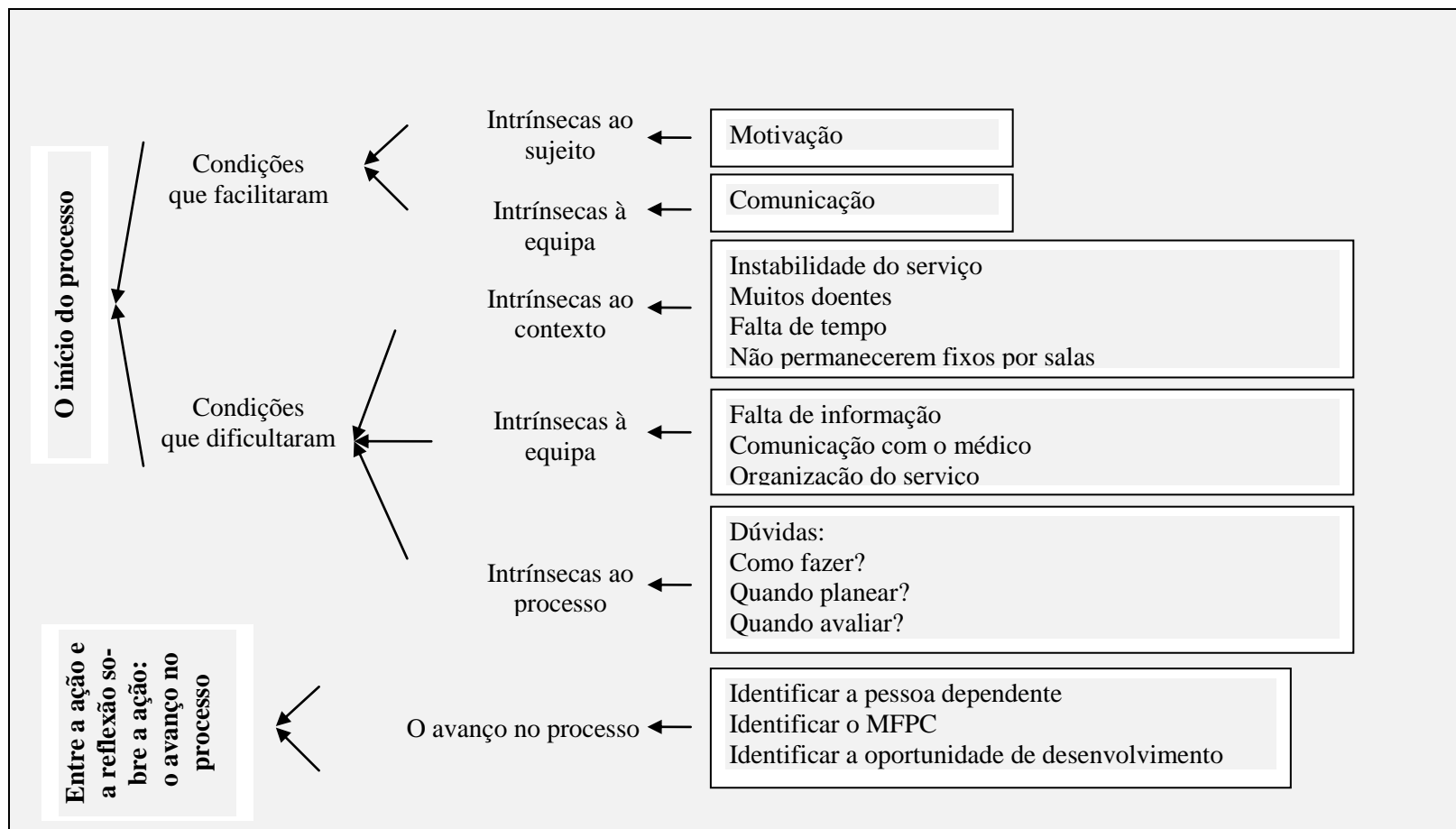






**XI. Anexo - Processo de implementação da mudança -  
Análise de conteúdo às notas de campo das reuniões com  
os enfermeiros centradas no processo de implementação  
- Fevereiro de 2009 a 21 de Agosto de 2009**









## **XII. Anexo – O novo Instrumento de avaliação das dificuldades do MFPC (IADMFPFC)**



Avaliação ao Cliente			Dados relativos ao Cliente	Dados relativos ao MFPC		Avaliação MFPC		
	Data	Enfº	Nome_____	Nome:			Data	Enf.º
1ª	____/____/____		Idade_____	Parentesco:	Esposa ____, Marido ____, Filho(a) ____, Outro _____	1.ª Avaliação inicial	____/____/____	
2ª	____/____/____		Diagnóstico_____	Co-habita:	Sim ____, Não ____	2.ª Avaliação final	____/____/____	
3ª	____/____/____			Idade:	_____ (anos)			

Autocuidados	Dependência para o autocuidado			Competências do MFPC					Necessidade de contato da Assistente social
	Independente _____	Depende de equipamentos	Depende de pessoas	Demonstra Capacidade	Oportunidade de desenvolvimento	Consciência da necessidade	Disposição para desenvolver a competência	Desejo participar	
<b>Higiene</b>				<b>Data Avaliação</b>					
Banho na cama	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Banho no chuveiro	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Lava partes do corpo	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Outro _____	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
<b>Vestir / Despir</b>				<b>Data Avaliação</b>					
Ajudar a vestir	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Ajudar a despir	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Outro _____	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
<b>Trocar fralda</b>				<b>Data Avaliação</b>					

Trocar fralda	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Prevenção de maceração	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Outro _____	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
<b>Cuidados com a algália</b>				<b>Data Avaliação</b>	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Trocar saco colector de urina	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Outro _____	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
<b>Uso sanitário/arrastadeira</b>				<b>Data Avaliação</b>					
Ajudar uso da sanita	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Ajudar uso da arrastadeira	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Outro _____	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
<b>Deambular</b>				<b>Data Avaliação</b>					
Outro _____	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
<b>Posicionar</b>				<b>Data Avaliação</b>					
Mudar de decúbitos	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Prevenir lesões na pele	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Outro _____	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
<b>Transferir</b>				<b>Data Avaliação</b>					
Transferir da cama para a cadeira	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Transferir da cadeira para a cama	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Outro _____	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____

<b>Alimentar</b>				<b>Data Avaliação</b>					
Ajudar partir os alimentos	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Ajudar dar os alimentos à boca	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Ajudar a dar água	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Outro _____	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
<b>Alimentar por sonda (NG)</b>				<b>Data Avaliação</b>					
Preparar os alimentos	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Prevenir aspiração – posicionar	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Conferir posição da SNG	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Administrar a alimentação	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Manter SNG limpa	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Outro _____	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
<b>Aspirar secreções</b>				<b>Data Avaliação</b>					
Preparar o aspirador	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Assistir na aspiração	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Limpa/lava equipamento	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Outro _____	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
<b>Oxigenoterapia</b>				<b>Data Avaliação</b>					
Controlar débito	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Colocar e fixar cânula na-	____, ____, ____	____, ____, ____	____, ____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____

sal/máscara									
Lavar/secar máscara	____, ____	____, ____	____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Outro _____	____, ____	____, ____	____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
<b>Ventilação não invasiva</b>				<b>Data Avaliação</b>					
Ligar e manter parâmetros do ventilador	____, ____	____, ____	____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Colocar máscara	____, ____	____, ____	____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Lavar e secar máscara	____, ____	____, ____	____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Trocar filtros	____, ____	____, ____	____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Outro _____	____, ____	____, ____	____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
<b>Gerir Medicação</b>				<b>Data Avaliação</b>					
Medicação per-ós	____, ____	____, ____	____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Medicação tópica	____, ____	____, ____	____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Medicação inalatória	____, ____	____, ____	____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Avalia a glicemia capilar	____, ____	____, ____	____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Prepara e administra insulina	____, ____	____, ____	____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____
Outro _____	____, ____	____, ____	____, ____		____, ____	____, ____	____, ____	____, ____	____, ____

<b>AÇÕES PROGRAMADAS COM O MFPC</b> ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 	<b>AÇÕES DESENVOLVIDAS COM O MFPC</b> ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 	<b>OBSERVAÇÕES</b> ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 
--	---	--

**XIII. Anexo - Avaliação do impacto da ação do enfermeiro no processo de preparação do regresso a casa do MFPC – Apresentação e análise dos resultados**





## Apresentação e análise dos dados

**Higiene \* DCH Crosstabulation**

			DCH			Total
			Não	Sem PC	Sim	
Higiene	Depende de pessoas	Count	29	21	57	107
		% within Higiene	27,1%	19,6%	53,3%	100,0%
Total		Count	29	21	57	107
		% within Higiene	27,1%	19,6%	53,3%	100,0%

**Higiene \* NCASH Crosstabulation**

			NCASH			Total
			Não	Sem PC	Sim	
Higiene	Depende de pessoas	Count	79	21	7	107
		% within Higiene	73,8%	19,6%	6,5%	100,0%
Total		Count	79	21	7	107
		% within Higiene	73,8%	19,6%	6,5%	100,0%

**Higiene \* IODH Crosstabulation**

			IODH			Total
			Não	Sem PC	Sim	
Higiene	Depende de pessoas	Count	49	21	37	107
		% within Higiene	45,8%	19,6%	34,6%	100,0%
Total		Count	49	21	37	107
		% within Higiene	45,8%	19,6%	34,6%	100,0%

**IODH \* TCNH Crosstabulation**

			TCNH			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODH	Não	Count	32	0	17	49
		% within IODH	65,3%	,0%	34,7%	100,0%
	Sem PC	Count	0	21	0	21
		% within IODH	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	12	0	25	37
		% within IODH	32,4%	,0%	67,6%	100,0%
Total		Count	44	21	42	107
		% within IODH	41,1%	19,6%	39,3%	100,0%

**IODH \* TDDCH Crosstabulation**

			TDDCH			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODH	Não	Count	42	0	7	49
		% within IODH	85,7%	,0%	14,3%	100,0%
	Sem PC	Count	0	21	0	21
		% within IODH	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	14	0	23	37
		% within IODH	37,8%	,0%	62,2%	100,0%
Total		Count	56	21	30	107
		% within IODH	52,3%	19,6%	28,0%	100,0%

**IODH \* DPH Crosstabulation**

			DPH			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODH	Não	Count	40	0	9	49
		% within IODH	81,6%	,0%	18,4%	100,0%
	Sem PC	Count	0	21	0	21
		% within IODH	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	19	0	18	37
		% within IODH	51,4%	,0%	48,6%	100,0%
Total	Count	59	21	27	107	
	% within IODH	55,1%	19,6%	25,2%	100,0%	

**VestirDespir \* DCVD Crosstabulation**

			DCVD	
			Não	Sem PC
VestirDespir	Depende de pessoas	Count	32	20
		% within VestirDespir	32,7%	20,4%
Total		Count	32	20
		% within VestirDespir	32,7%	20,4%

**VestirDespir \* DCVD Crosstabulation**

			DCVD	Total	
			Sim		
VestirDespir	Depende de pessoas	Count	46	98	
		% within VestirDespir	46,9%	100,0%	
Total		Count	46	98	
		% within VestirDespir	46,9%	100,0%	

**VestirDespir \* NCASVD Crosstabulation**

			NCASVD		Total	
			Não	Sem PC		
VestirDespir	Depende de pessoas	Count	78	20	98	
		% within VestirDespir	79,6%	20,4%	100,0%	
Total		Count	78	20	98	
		% within VestirDespir	79,6%	20,4%	100,0%	

**VestirDespir \* IODVD Crosstabulation**

			IODVD	
			Não	Sem PC
VestirDespir	Depende de pessoas	Count	47	20
		% within VestirDespir	48,0%	20,4%
Total		Count	47	20
		% within VestirDespir	48,0%	20,4%

**VestirDespir \* IODVD Crosstabulation**

			IODVD	Total
			Sim	
VestirDespir	Depende de pessoas	Count	31	98
		% within VestirDespir	31,6%	100,0%
Total		Count	31	98
		% within VestirDespir	31,6%	100,0%

**IODVD \* TCNVD Crosstabulation**

			TCNVD			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODVD	Não	Count	32	0	15	47
		% within IODVD	68,1%	,0%	31,9%	100,0%
	Sem PC	Count	0	20	0	20
		% within IODVD	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	15	0	16	31
		% within IODVD	48,4%	,0%	51,6%	100,0%
Total	Count	47	20	31	98	
	% within IODVD	48,0%	20,4%	31,6%	100,0%	

**IODVD \* TDDCVD Crosstabulation**

			TDDCVD			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODVD	Não	Count	41	0	6	47
		% within IODVD	87,2%	,0%	12,8%	100,0%
	Sem PC	Count	0	20	0	20
		% within IODVD	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	18	0	13	31
		% within IODVD	58,1%	,0%	41,9%	100,0%
Total	Count	59	20	19	98	
	% within IODVD	60,2%	20,4%	19,4%	100,0%	

**IODVD \* DPVD Crosstabulation**

			DPVD			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODVD	Não	Count	38	0	9	47
		% within IODVD	80,9%	,0%	19,1%	100,0%
	Sem PC	Count	0	20	0	20
		% within IODVD	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	21	0	10	31
		% within IODVD	67,7%	,0%	32,3%	100,0%
Total	Count	59	20	19	98	
	% within IODVD	60,2%	20,4%	19,4%	100,0%	

**TrocarFralda \* DCTF Crosstabulation**

			DCTF	
			Não	Sem PC
TrocarFralda	Depende de pessoas	Count	26	14
		% within TrocarFralda	41,3%	22,2%
Total		Count	26	14
% within TrocarFralda		41,3%	22,2%	

**Trocar Fralda \* DCTF Crosstabulation**

			DCTF	Total
			Sim	
TrocarFralda	Depende de pessoas	Count	23	63
		% within TrocarFralda	36,5%	100,0%
Total		Count	23	63
		% within TrocarFralda	36,5%	100,0%

**TrocarFralda \* NCASTF Crosstabulation**

			NCASTF		Total
			Não	Sem PC	
TrocarFralda	Depende de pessoas	Count	49	14	63
		% within TrocarFralda	77,8%	22,2%	100,0%
Total		Count	49	14	63
		% within TrocarFralda	77,8%	22,2%	100,0%

**TrocarFralda \* IODTF Crosstabulation**

			IODTF	
			Não	Sem PC
TrocarFralda	Depende de pessoas	Count	27	14
		% within TrocarFralda	42,9%	22,2%
Total		Count	27	14
		% within TrocarFralda	42,9%	22,2%

**TrocarFralda \* IODTF Crosstabulation**

			IODTF	Total
			Sim	
TrocarFralda	Depende de pessoas	Count	22	63
		% within TrocarFralda	34,9%	100,0%
Total		Count	22	63
		% within TrocarFralda	34,9%	100,0%

**IODTF \* TCNTF Crosstabulation**

			TCNTF			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODTF	Não	Count	20	0	7	27
		% within IODTF	74,1%	,0%	25,9%	100,0%
	Sem PC	Count	0	14	0	14
		% within IODTF	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	7	0	15	22
		% within IODTF	31,8%	,0%	68,2%	100,0%
Total	Count		27	14	22	63
	% within IODTF		42,9%	22,2%	34,9%	100,0%

**IODTF \* TDDCTF Crosstabulation**

			TDDCTF			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODTF	Não	Count	25	0	2	27
		% within IODTF	92,6%	,0%	7,4%	100,0%
	Sem PC	Count	0	14	0	14
		% within IODTF	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	10	0	12	22
		% within IODTF	45,5%	,0%	54,5%	100,0%
Total	Count	35	14	14	63	
	% within IODTF	55,6%	22,2%	22,2%	100,0%	

**IODTF \* DPTF Crosstabulation**

			DPTF			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODTF	Não	Count	22	0	5	27
		% within IODTF	81,5%	,0%	18,5%	100,0%
	Sem PC	Count	0	14	0	14
		% within IODTF	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	14	0	8	22
		% within IODTF	63,6%	,0%	36,4%	100,0%
Total		Count	36	14	13	63
		% within IODTF	57,1%	22,2%	20,6%	100,0%

**CuidadosAlgalia \* DCalgalia Crosstabulation**

			DCalgalia	
			Não	Sem PC
CuidadosAlgalia	Depende de pessoas	Count	11	3
		% within CuidadosAlgalia	52,4%	14,3%
Total		Count	11	3
		% within CuidadosAlgalia	52,4%	14,3%

**CuidadosAlgalia \* DCalgalia Crosstabulation**

			DCalgalia	Total	
			Sim		
CuidadosAlgalia	Depende de pessoas	Count	7	21	
		% within CuidadosAlgalia	33,3%	100,0%	
Total		Count	7	21	
		% within CuidadosAlgalia	33,3%	100,0%	

**CuidadosAlgalia \* NCASalgalia Crosstabulation**

			NCASalgalia		
			Não	Sem PC	
CuidadosAlgalia	Depende de pessoas	Count	18	3	
		% within CuidadosAlgalia	85,7%	14,3%	
Total		Count	18	3	
		% within CuidadosAlgalia	85,7%	14,3%	

**CuidadosAlgalia \* NCASalgalia Crosstabulation**

			Total
CuidadosAlgalia	Depende de pessoas	Count	21
		% within CuidadosAlgalia	100,0%
Total		Count	21
		% within CuidadosAlgalia	100,0%

**CuidadosAlgalia \* IODalgalia Crosstabulation**

			IODalgalia	
			Não	Sem PC
CuidadosAlgalia	Depende de pessoas	Count	11	3
		% within CuidadosAlgalia	52,4%	14,3%
Total		Count	11	3
		% within CuidadosAlgalia	52,4%	14,3%

**CuidadosAlgalia \* IODalgalia Crosstabulation**

			IODalgalia	Total
			Sim	
CuidadosAlgalia	Depende de pessoas	Count	7	21
		% within CuidadosAlgalia	33,3%	100,0%
Total		Count	7	21
		% within CuidadosAlgalia	33,3%	100,0%

**IODalgalia \* TCNalgalia Crosstabulation**

			TCNalgalia			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODalgalia	Não	Count	8	0	3	11
		% within IODalgalia	72,7%	,0%	27,3%	100,0%
	Sem PC	Count	0	3	0	3
		% within IODalgalia	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	2	0	5	7
		% within IODalgalia	28,6%	,0%	71,4%	100,0%
Total		Count	10	3	8	21
		% within IODalgalia	47,6%	14,3%	38,1%	100,0%

**IODalgalia \* TDDCalgalia Crosstabulation**

			TDDCalgalia			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODalgalia	Não	Count	9	0	2	11
		% within IODalgalia	81,8%	,0%	18,2%	100,0%
	Sem PC	Count	0	3	0	3
		% within IODalgalia	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	4	0	3	7
		% within IODalgalia	57,1%	,0%	42,9%	100,0%
Total	Count	13	3	5	21	
	% within IODalgalia	61,9%	14,3%	23,8%	100,0%	

**IODalgalia \* DPalgalia Crosstabulation**

			DPalgalia			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODalgalia	Não	Count	10	0	1	11
		% within IODalgalia	90,9%	,0%	9,1%	100,0%
	Sem PC	Count	0	3	0	3
		% within IODalgalia	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	4	0	3	7
		% within IODalgalia	57,1%	,0%	42,9%	100,0%
Total	Count	14	3	4	21	
	% within IODalgalia	66,7%	14,3%	19,0%	100,0%	

**UsarSanitario \* DCWC Crosstabulation**

			DCWC	
			Não	Sem PC
UsarSanitario	Depende de pessoas	Count	17	7
		% within UsarSanitario	43,6%	17,9%
Total		Count	17	7
		% within UsarSanitario	43,6%	17,9%

**UsarSanitario \* DCWC Crosstabulation**

			DCWC	Total
			Sim	
UsarSanitario	Depende de pessoas	Count	15	39
		% within UsarSanitario	38,5%	100,0%
Total		Count	15	39
		% within UsarSanitario	38,5%	100,0%

**UsarSanitario \* NCASWC Crosstabulation**

			NCASWC		Total
			Não	Sem PC	
UsarSanitario	Depende de pessoas	Count	32	7	39
		% within UsarSanitario	82,1%	17,9%	100,0%
Total		Count	32	7	39
		% within UsarSanitario	82,1%	17,9%	100,0%

**UsarSanitario \* IODWC Crosstabulation**

			IODWC	
			Não	Sem PC
UsarSanitario	Depende de pessoas	Count	20	7
		% within UsarSanitario	51,3%	17,9%
Total		Count	20	7
		% within UsarSanitario	51,3%	17,9%

**UsarSanitario \* IODWC Crosstabulation**

UsarSanitario - IODWC Crosstabulation			IODWC	Total
			Sim	
UsarSanitario	Depende de pessoas	Count	12	39
		% within UsarSanitario	30,8%	100,0%
Total		Count	12	39
		% within UsarSanitario	30,8%	100,0%

**IODWC \* TCNWC Crosstabulation**

			TCNWC			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODWC	Não	Count	14	0	6	20
		% within IODWC	70,0%	,0%	30,0%	100,0%
	Sem PC	Count	0	7	0	7
		% within IODWC	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	4	0	8	12
		% within IODWC	33,3%	,0%	66,7%	100,0%
Total		Count	18	7	14	39
		% within IODWC	46,2%	17,9%	35,9%	100,0%

**IODWC \* TDDCWC Crosstabulation**

			TDDCWC			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODWC	Não	Count	17	0	3	20
		% within IODWC	85,0%	,0%	15,0%	100,0%
	Sem PC	Count	0	7	0	7
		% within IODWC	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	6	0	6	12
		% within IODWC	50,0%	,0%	50,0%	100,0%
Total	Count	23	7	9	39	
	% within IODWC	59,0%	17,9%	23,1%	100,0%	

**IODWC \* DPWC Crosstabulation**

			DPWC			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODWC	Não	Count	15	0	5	20
		% within IODWC	75,0%	,0%	25,0%	100,0%
	Sem PC	Count	0	7	0	7
		% within IODWC	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	6	0	6	12
		% within IODWC	50,0%	,0%	50,0%	100,0%
Total	Count	21	7	11	39	
	% within IODWC	53,8%	17,9%	28,2%	100,0%	



Deambular \* DCD Crosstabulation

			DCD	
			Não	Sem PC
Deambular	Depende de pessoas	Count	15	7
		% within Deambular	42,9%	20,0%
Total		Count	15	7
		% within Deambular	42,9%	20,0%

Deambular \* DCD Crosstabulation

			DCD	Total
			Sim	
Deambular	Depende de pessoas	Count	13	35
		% within Deambular	37,1%	100,0%
Total		Count	13	35
		% within Deambular	37,1%	100,0%

Deambular \* NCASD Crosstabulation

			NCASD		Total
			Não	Sem PC	
Deambular	Depende de pessoas	Count	28	7	35
		% within Deambular	80,0%	20,0%	100,0%
Total		Count	28	7	35
		% within Deambular	80,0%	20,0%	100,0%

Deambular \* IODD Crosstabulation

			IODD	
			Não	Sem PC
Deambular	Depende de pessoas	Count	20	7
		% within Deambular	57,1%	20,0%
Total		Count	20	7
		% within Deambular	57,1%	20,0%

Deambular \* IODD Crosstabulation

			IODD	Total
			Sim	
Deambular	Depende de pessoas	Count	8	35
		% within Deambular	22,9%	100,0%
Total		Count	8	35
		% within Deambular	22,9%	100,0%

IODD \* TCND Crosstabulation

			TCND			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODD	Não	Count	17	0	3	20
		% within IODD	85,0%	,0%	15,0%	100,0%
	Sem PC	Count	0	7	0	7
		% within IODD	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	1	0	7	8
		% within IODD	12,5%	,0%	87,5%	100,0%
Total		Count	18	7	10	35
		% within IODD	51,4%	20,0%	28,6%	100,0%

**IODD \* TDDCD Crosstabulation**

			TDDCD			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODD	Não	Count	20	0	0	20
		% within IODD	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	Sem PC	Count	0	7	0	7
		% within IODD	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	5	0	3	8
		% within IODD	62,5%	,0%	37,5%	100,0%
Total		Count	25	7	3	35
		% within IODD	71,4%	20,0%	8,6%	100,0%

**IODD \* DPD Crosstabulation**

			DPD			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODD	Não	Count	18	0	2	20
		% within IODD	90,0%	,0%	10,0%	100,0%
	Sem PC	Count	0	7	0	7
		% within IODD	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	5	0	3	8
		% within IODD	62,5%	,0%	37,5%	100,0%
Total		Count	23	7	5	35
		% within IODD	65.7%	20.0%	14,3%	100.0%

**Posicionar \* DCP Crosstabulation**

			DCP		
			Não	Sem PC	
Posicionar	Depende de pessoas	Count	32	14	
		% within Posicionar	49,2%	21,5%	
Total		Count	32	14	
		% within Posicionar	49,2%	21,5%	

**Posicionar \* DCP Crosstabulation**

			DCP	Total	
			Sim		
Posicionar	Depende de pessoas	Count	19	65	
		% within Posicionar	29,2%	100,0%	
Total		Count	19	65	
		% within Posicionar	29,2%	100,0%	

**Posicionar \* NCASP Crosstabulation**

			NCASP		Total	
			Não	Sem PC		
Posicionar	Depende de pessoas	Count	51	14	65	
		% within Posicionar	78,5%	21,5%	100,0%	
Total		Count	51	14	65	
		% within Posicionar	78,5%	21,5%	100,0%	

**Posicionar \* IODP Crosstabulation**

			IODP	
			Não	Sem PC
Posicionar	Depende de pessoas	Count	35	14
		% within Posicionar	53,8%	21,5%
Total		Count	35	14
		% within Posicionar	53,8%	21,5%

**Posicionar \* IODP Crosstabulation**

			IODP	Total
			Sim	
Posicionar	Depende de pessoas	Count	16	65
		% within Posicionar	24,6%	100,0%
Total		Count	16	65
		% within Posicionar	24,6%	100,0%

**IODP \* TCNP Crosstabulation**

			TCNP			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODP	Não	Count	27	0	8	35
		% within IODP	77,1%	,0%	22,9%	100,0%
	Sem PC	Count	0	14	0	14
		% within IODP	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	5	0	11	16
		% within IODP	31,3%	,0%	68,8%	100,0%
Total		Count	32	14	19	65
		% within IODP	49,2%	21,5%	29,2%	100,0%

**IODP \* TDDCP Crosstabulation**

			TDDCP			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODP	Não	Count	33	0	2	35
		% within IODP	94,3%	,0%	5,7%	100,0%
	Sem PC	Count	0	14	0	14
		% within IODP	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	6	0	10	16
		% within IODP	37,5%	,0%	62,5%	100,0%
Total		Count	39	14	12	65
		% within IODP	60,0%	21,5%	18,5%	100,0%

**IODP \* DPP Crosstabulation**

			DPP			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODP	Não	Count	30	0	5	35
		% within IODP	85,7%	,0%	14,3%	100,0%
	Sem PC	Count	0	14	0	14
		% within IODP	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	6	0	10	16
		% within IODP	37,5%	,0%	62,5%	100,0%
Total		Count	36	14	15	65
		% within IODP	55,4%	21,5%	23,1%	100,0%

Transferir \* DCT Crosstabulation

			DCT			Total
			Não	Sem PC	Sim	
Transferir	Depende de pessoas	Count	25	14	26	65
		% within Transferir	38,5%	21,5%	40,0%	100,0%
Total		Count	25	14	26	65
		% within Transferir	38,5%	21,5%	40,0%	100,0%

Transferir \* NCAST Crosstabulation

			NCAST		Total
			Não	Sem PC	
Transferir	Depende de pessoas	Count	51	14	65
		% within Transferir	78,5%	21,5%	100,0%
Total		Count	51	14	65
		% within Transferir	78,5%	21,5%	100,0%

Transferir \* IODT Crosstabulation

			IODT			Total
			Não	Sem PC	Sim	
Transferir	Depende de pessoas	Count	32	14	19	65
		% within Transferir	49,2%	21,5%	29,2%	100,0%
Total		Count	32	14	19	65
		% within Transferir	49,2%	21,5%	29,2%	100,0%

IODT \* TCNT Crosstabulation

			TCNT			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODT	Não	Count	28	0	4	32
		% within IODT	87,5%	,0%	12,5%	100,0%
	Sem PC	Count	0	14	0	14
		% within IODT	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	6	0	13	19
		% within IODT	31,6%	,0%	68,4%	100,0%
Total		Count	34	14	17	65
		% within IODT	52,3%	21,5%	26,2%	100,0%

IODT \* TDDCT Crosstabulation

			TDDCT			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODT	Não	Count	31	0	1	32
		% within IODT	96,9%	,0%	3,1%	100,0%
	Sem PC	Count	0	14	0	14
		% within IODT	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	7	0	12	19
		% within IODT	36,8%	,0%	63,2%	100,0%
Total		Count	38	14	13	65
		% within IODT	58,5%	21,5%	20,0%	100,0%

**IODT \* DPT Crosstabulation**

			DPT			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODT	Não	Count	30	0	2	32
		% within IODT	93,8%	,0%	6,3%	100,0%
	Sem PC	Count	0	14	0	14
		% within IODT	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	7	0	12	19
		% within IODT	36,8%	,0%	63,2%	100,0%
Total		Count	37	14	14	65
		% within IODT	56,9%	21,5%	21,5%	100,0%

**Alimentar \* DCA Crosstabulation**

			DCA			Total
			Não	Sem PC	Sim	
Alimentar	Depende de pessoas	Count	14	13	27	54
		% within Alimentar	25,9%	24,1%	50,0%	100,0%
Total		Count	14	13	27	54
		% within Alimentar	25,9%	24,1%	50,0%	100,0%

**Alimentar \* NCASA Crosstabulation**

			NCASA			Total
			Não	Sem PC	Sim	
Alimentar	Depende de pessoas	Count	40	13	1	54
		% within Alimentar	74,1%	24,1%	1,9%	100,0%
Total		Count	40	13	1	54
		% within Alimentar	74,1%	24,1%	1,9%	100,0%

**Alimentar \* IODA Crosstabulation**

			IODA			Total
			Não	Sem PC	Sim	
Alimentar	Depende de pessoas	Count	27	13	14	54
		% within Alimentar	50,0%	24,1%	25,9%	100,0%
Total		Count	27	13	14	54
		% within Alimentar	50,0%	24,1%	25,9%	100,0%

**IODA \* TCNA Crosstabulation**

			TCNA			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODA	Não	Count	23	0	4	27
		% within IODA	85,2%	,0%	14,8%	100,0%
	Sem PC	Count	0	13	0	13
		% within IODA	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	7	0	7	14
		% within IODA	50,0%	,0%	50,0%	100,0%
Total	Count	30	13	11	54	
	% within IODA	55.6%	24.1%	20.4%	100.0%	

**IODA \* TDDCA Crosstabulation**

			TDDCA			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODA	Não	Count	25	0	2	27
		% within IODA	92,6%	,0%	7,4%	100,0%
	Sem PC	Count	0	13	0	13
		% within IODA	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	10	0	4	14
		% within IODA	71,4%	,0%	28,6%	100,0%
Total	Count	35	13	6	54	
	% within IODA	64,8%	24,1%	11,1%	100,0%	

**IODA \* DPA Crosstabulation**

			DPA			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODA	Não	Count	24	0	3	27
		% within IODA	88,9%	,0%	11,1%	100,0%
	Sem PC	Count	0	13	0	13
		% within IODA	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	10	0	4	14
		% within IODA	71,4%	,0%	28,6%	100,0%
Total	Count	34	13	7	54	
	% within IODA	63,0%	24,1%	13,0%	100,0%	

**SNG \* DCSNG Crosstabulation**

			DCSNG			Total	
			Não	Sem PC	Sim		
SNG	Depende de pessoas	Count	2	2	2	6	
		% within SNG	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%	
Total		Count	2	2	2	6	
		% within SNG	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%	

**SNG \* NCASSNG Crosstabulation**

			NCASSNG		Total
			Não	Sem PC	
SNG	Depende de pessoas	Count	4	2	6
		% within SNG	66,7%	33,3%	100,0%
Total		Count	4	2	6
		% within SNG	66,7%	33,3%	100,0%

**SNG \* IODSNG Crosstabulation**

			IODSNG			Total
			Não	Sem PC	Sim	
SNG	Depende de pessoas	Count	3	2	1	6
		% within SNG	50,0%	33,3%	16,7%	100,0%
Total		Count	3	2	1	6
		% within SNG	50,0%	33,3%	16,7%	100,0%

**IODSNG \* TCNSNG Crosstabulation**

			TCNSNG			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODSNG	Não	Count	2	0	1	3
		% within IODSNG	66,7%	,0%	33,3%	100,0%
	Sem PC	Count	0	2	0	2
		% within IODSNG	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	0	0	1	1
		% within IODSNG	,0%	,0%	100,0%	100,0%
Total		Count	2	2	2	6
		% within IODSNG	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%

**IODSNG \* TDDCSNG Crosstabulation**

			TDDCSNG			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODSNG	Não	Count	3	0	0	3
		% within IODSNG	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	Sem PC	Count	0	2	0	2
		% within IODSNG	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	0	0	1	1
		% within IODSNG	,0%	,0%	100,0%	100,0%
Total		Count	3	2	1	6
		% within IODSNG	50,0%	33,3%	16,7%	100,0%

**IODSNG \* DPSNG Crosstabulation**

			DPSNG		Total
			Não	Sem PC	
IODSNG	Não	Count	3	0	3
		% within IODSNG	100,0%	,0%	100,0%
	Sem PC	Count	0	2	2
		% within IODSNG	,0%	100,0%	100,0%
	Sim	Count	1	0	1
		% within IODSNG	100,0%	,0%	100,0%
Total	Count	4	2	6	
	% within IODSNG	66,7%	33,3%	100,0%	

**AspirarSecrecoes \* DCAS Crosstabulation**

			DCAS		
			Não	Sem PC	
AspirarSecrecoes	Depende de pessoas	Count	2	1	
		% within AspirarSecrecoes	66,7%	33,3%	
Total		Count	2	1	
		% within AspirarSecrecoes	66,7%	33,3%	

**AspirarSecrecoes \* DCAS Crosstabulation**

AspirarSecrecoes - Depend Cross-tabulation			Total
AspirarSecrecoes	Depende de pessoas	Count	3
		% within AspirarSecrecoes	100,0%
Total		Count	3
		% within AspirarSecrecoes	100,0%

**AspirarSecrecoes \* NCASAS Crosstabulation**

			NCASAS	
			Não	Sem PC
AspirarSecrecoes	Depende de pessoas	Count	2	1
		% within AspirarSecrecoes	66,7%	33,3%
Total		Count	2	1
		% within AspirarSecrecoes	66,7%	33,3%

**AspirarSecrecoes \* NCASAS Crosstabulation**

			Total
AspirarSecrecoes	Depende de pessoas	Count	3
		% within AspirarSecrecoes	100,0%
Total		Count	3
		% within AspirarSecrecoes	100,0%

**AspirarSecrecoes \* IODAS Crosstabulation**

			IODAS	
			Não	Sem PC
AspirarSecrecoes	Depende de pessoas	Count	1	1
		% within AspirarSecrecoes	33,3%	33,3%
Total		Count	1	1
		% within AspirarSecrecoes	33,3%	33,3%

**AspirarSecrecoes \* IODAS Crosstabulation**

			IODAS	Total
			Sim	
AspirarSecrecoes	Depende de pessoas	Count	1	3
		% within AspirarSecrecoes	33,3%	100,0%
Total		Count	1	3
		% within AspirarSecrecoes	33,3%	100,0%

**IODAS \* TCNAS Crosstabulation**

			TCNAS		Total
			Não	Sem PC	
IODAS	Não	Count	1	0	1
		% within IODAS	100,0%	,0%	100,0%
	Sem PC	Count	0	1	1
		% within IODAS	,0%	100,0%	100,0%
	Sim	Count	1	0	1
		% within IODAS	100,0%	,0%	100,0%
Total		Count	2	1	3
		% within IODAS	66,7%	33,3%	100,0%



**IODAS \* TDDCAS Crosstabulation**

			TDDCAS		Total
			Não	Sem PC	
IODAS	Não	Count	1	0	1
		% within IODAS	100,0%	,0%	100,0%
	Sem PC	Count	0	1	1
		% within IODAS	,0%	100,0%	100,0%
	Sim	Count	1	0	1
		% within IODAS	100,0%	,0%	100,0%
Total		Count	2	1	3
		% within IODAS	66,7%	33,3%	100,0%

**IODAS \* DPAS Crosstabulation**

			DPAS		Total
			Não	Sem PC	
IODAS	Não	Count	1	0	1
		% within IODAS	100,0%	,0%	100,0%
	Sem PC	Count	0	1	1
		% within IODAS	,0%	100,0%	100,0%
	Sim	Count	1	0	1
		% within IODAS	100,0%	,0%	100,0%
Total	Count	2	1	3	
	% within IODAS	66,7%	33,3%	100,0%	

**VentilacaoNaoInvasiva \* DCVNI Crosstabulation**

			DCVNI	
			Não	Sem PC
VentilacaoNaoInvasiva	Depende de pessoas	Count	7	2
		% within VentilacaoNaoInvasiva	53,8%	15,4%
Total		Count	7	2
		% within VentilacaoNaoInvasiva	53,8%	15,4%

**VentilacaoNaoInvasiva \* DCVNI Crosstabulation**

			DCVNI	Total
			Sim	
VentilacaoNaoInvasiva	Depende de pessoas	Count	4	13
		% within VentilacaoNaoInvasiva	30,8%	100,0%
Total		Count	4	13
		% within VentilacaoNaoInvasiva	30,8%	100,0%

**VentilacaoNaoInvasiva \* NCASVNI Crosstabulation**

			NCASVNI	
			Não	Sem PC
VentilacaoNaoInvasiva	Depende de pessoas	Count	11	2
		% within VentilacaoNaoInvasiva	84,6%	15,4%
Total		Count	11	2
		% within VentilacaoNaoInvasiva	84,6%	15,4%

**VentilacaoNaoInvasiva \* NCASVNI Crosstabulation**

			Total
VentilacaoNaoInvasiva	Depende de pessoas	Count % within VentilacaoNaoInvasiva	13 100,0%
Total		Count % within VentilacaoNaoInvasiva	13 100,0%

**VentilacaoNaoInvasiva \* IODVNI Crosstabulation**

			IODVNI	
			Não	Sem PC
VentilacaoNaoInvasiva	Depende de pessoas	Count % within VentilacaoNaoInvasiva	4 30,8%	2 15,4%
Total		Count % within VentilacaoNaoInvasiva	4 30,8%	2 15,4%

**VentilacaoNaoInvasiva \* IODVNI Crosstabulation**

			IODVNI	
			Sim	Total
VentilacaoNaoInvasiva	Depende de pessoas	Count % within VentilacaoNaoInvasiva	7 53,8%	13 100,0%
Total		Count % within VentilacaoNaoInvasiva	7 53,8%	13 100,0%

**IODVNI \* TCNVNI Crosstabulation**

			TCNVNI			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODVNI	Não	Count	3	0	1	4
		% within IODVNI	75,0%	,0%	25,0%	100,0%
	Sem PC	Count	0	2	0	2
		% within IODVNI	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	3	0	4	7
		% within IODVNI	42,9%	,0%	57,1%	100,0%
Total	Count	6	2	5	13	
	% within IODVNI	46,2%	15,4%	38,5%	100,0%	

**IODVNI \* TDDCVNI Crosstabulation**

			TDDCVNI			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODVNI	Não	Count	3	0	1	4
		% within IODVNI	75,0%	,0%	25,0%	100,0%
	Sem PC	Count	0	2	0	2
		% within IODVNI	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	4	0	3	7
		% within IODVNI	57,1%	,0%	42,9%	100,0%
Total	Count	7	2	4	13	
	% within IODVNI	53,8%	15,4%	30,8%	100,0%	

**IODVNI \* DPVNI Crosstabulation**

			DPVNI			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODVNI	Não	Count	4	0	0	4
		% within IODVNI	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	Sem PC	Count	0	2	0	2
		% within IODVNI	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	4	0	3	7
		% within IODVNI	57,1%	,0%	42,9%	100,0%
Total	Count	8	2	3	13	
	% within IODVNI	61,5%	15,4%	23,1%	100,0%	

**GerirMedicacao \* DCGM Crosstabulation**

			DCGM	
			Não	Sem PC
GerirMedicacao	Depende de pessoas	Count	23	15
		% within GerirMedicacao	27,7%	18,1%
Total		Count	23	15
		% within GerirMedicacao	27,7%	18,1%

**GerirMedicacao \* DCGM Crosstabulation**

			DCGM	Total
			Sim	
GerirMedicacao	Depende de pessoas	Count	45	83
		% within GerirMedicacao	54,2%	100,0%
Total		Count	45	83
		% within GerirMedicacao	54,2%	100,0%

**GerirMedicacao \* NCASGM Crosstabulation**

			NCASGM		Total
			Não	Sem PC	
GerirMedicacao	Depende de pessoas	Count	68	15	83
		% within GerirMedicacao	81,9%	18,1%	100,0%
Total		Count	68	15	83
		% within GerirMedicacao	81,9%	18,1%	100,0%

**GerirMedicacao \* IODGM Crosstabulation**

			IODGM	
			Não	Sem PC
GerirMedicacao	Depende de pessoas	Count	42	15
		% within GerirMedicacao	50,6%	18,1%
Total		Count	42	15
		% within GerirMedicacao	50,6%	18,1%

**GerirMedicacao \* IODGM Crosstabulation**

			IODGM	Total
			Sim	
GerirMedicacao	Depende de pessoas	Count	26	83
		% within GerirMedicacao	31,3%	100,0%
Total		Count	26	83
		% within GerirMedicacao	31,3%	100,0%

**IODGM \* TCNGM Crosstabulation**

			TCNGM			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODGM	Não	Count	32	0	10	42
		% within IODGM	76,2%	,0%	23,8%	100,0%
	Sem PC	Count	0	15	0	15
		% within IODGM	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	9	0	17	26
		% within IODGM	34,6%	,0%	65,4%	100,0%
Total	Count	41	15	27	83	
	% within IODGM	49,4%	18,1%	32,5%	100,0%	

**IODGM \* TDDCGM Crosstabulation**

			TDDCGM			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODGM	Não	Count	39	0	3	42
		% within IODGM	92,9%	,0%	7,1%	100,0%
	Sem PC	Count	0	15	0	15
		% within IODGM	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	10	0	16	26
		% within IODGM	38,5%	,0%	61,5%	100,0%
Total	Count	49	15	19	83	
	% within IODGM	59,0%	18,1%	22,9%	100,0%	

**IODGM \* DPGM Crosstabulation**

			DPGM			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODGM	Não	Count	40	0	2	42
		% within IODGM	95,2%	,0%	4,8%	100,0%
	Sem PC	Count	0	15	0	15
		% within IODGM	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	11	0	15	26
		% within IODGM	42,3%	,0%	57,7%	100,0%
Total	Count	51	15	17	83	
	% within IODGM	61,4%	18,1%	20,5%	100,0%	

**Oxigenioterapia \* DCO Crosstabulation**

			DCO		
			Não	Sem PC	
Oxigenioterapia	Depende de pessoas	Count	22	11	
		% within Oxigenioterapia	40,7%	20,4%	
Total		Count	22	11	
		% within Oxigenioterapia	40,7%	20,4%	

**Oxigenioterapia \* DCO Crosstabulation**

			DCO	Total	
			Sim		
Oxigenioterapia	Depende de pessoas	Count	21	54	
		% within Oxigenioterapia	38,9%	100,0%	
Total		Count	21	54	
		% within Oxigenioterapia	38,9%	100,0%	

**Oxigenioterapia \* NCASO Crosstabulation**

			NCASO		Total
			Não	Sem PC	
Oxigenioterapia	Depende de pessoas	Count	43	11	54
		% within Oxigenioterapia	79,6%	20,4%	100,0%
Total		Count	43	11	54
		% within Oxigenioterapia	79,6%	20,4%	100,0%

**Oxigenioterapia \* IODO Crosstabulation**

			IODO	
			Não	Sem PC
Oxigenioterapia	Depende de pessoas	Count	24	11
		% within Oxigenioterapia	44,4%	20,4%
Total		Count	24	11
		% within Oxigenioterapia	44,4%	20,4%

**Oxigenioterapia \* IODO Crosstabulation**

			IODO	Total
			Sim	
Oxigenioterapia	Depende de pessoas	Count	19	54
		% within Oxigenioterapia	35,2%	100,0%
Total		Count	19	54
		% within Oxigenioterapia	35,2%	100,0%

**IODO \* TCNO Crosstabulation**

			TCNO			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODO	Não	Count	21	0	3	24
		% within IODO	87,5%	,0%	12,5%	100,0%
	Sem PC	Count	0	11	0	11
		% within IODO	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	4	0	15	19
		% within IODO	21,1%	,0%	78,9%	100,0%
Total		Count	25	11	18	54
		% within IODO	46,3%	20,4%	33,3%	100,0%

**IODO \* TDDCO Crosstabulation**

			TDDCO			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODO	Não	Count	24	0	0	24
		% within IODO	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	Sem PC	Count	0	11	0	11
		% within IODO	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	5	0	14	19
		% within IODO	26,3%	,0%	73,7%	100,0%
Total		Count	29	11	14	54
		% within IODO	53,7%	20,4%	25,9%	100,0%

**IODO \* DPO Crosstabulation**

			DPO			Total
			Não	Sem PC	Sim	
IODO	Não	Count	24	0	0	24
		% within IODO	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	Sem PC	Count	0	11	0	11
		% within IODO	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Sim	Count	7	0	12	19
		% within IODO	36,8%	,0%	63,2%	100,0%
Total	Count	31	11	12	54	
	% within IODO	57,4%	20,4%	22,2%	100,0%	

**XIV. Anexo - Ação do enfermeiro no âmbito da estrutura do processo e dos resultados - Análise de conteúdo às reuniões com os enfermeiros centradas no processo de avaliação final - 13-3-2010**





Diagrama 32 – Síntese do modelo de intervenção

